



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA EM GRUPO:

Prestadores de Cuidados Informais da Pessoa com
Esquizofrenia

Marco Paulo Guerreiro de Sousa

Lisboa

Maiο 2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA EM GRUPO:

Prestadores de Cuidados Informais da Pessoa com
Esquizofrenia

Marco Paulo Guerreiro de Sousa

Orientadora: Maria Isabel Costa

Co-Orientador: Miguel Narigão

Lisboa

Maior 2013

DEDICATÓRIA

Este trabalho não é apenas resultado de um empenho individual, mas sim de um conjunto de esforços que o tornaram possível e sem os quais teria sido muito mais difícil chegar ao fim desta etapa, que representa um importante marco na minha vida pessoal e profissional. Desta forma, manifesto a minha gratidão a todos os que estiveram presentes nos momentos de angústia, de ansiedade, de insegurança, de exaustão e de satisfação.

À minha Orientadora Mestre Isabel Costa e Coorientador Mestre Miguel Narigão, pela forma como me orientaram, pelo entusiasmo e motivação.

À instituição UNIR - Associação dos Doentes Mentais, Famílias e Amigos do Algarve, pela sua colaboração neste trabalho.

À Enfermeira Arlete Lourenço, pelo apoio, amizade, incentivo, e disponibilidade na orientação do estágio.

À Mestre Margarida Trindade pelo apoio, pela amizade, pelas palavras de incentivo, pela preocupação com o meu bem-estar nos momentos de fadiga e doença.

Ao grupo de Prestadores de Cuidados Informais, neste Programa, pois sem eles nada disto seria possível, o meu, especial, obrigado pela partilha de experiências e vivências.

A toda a minha família pelo apoio incondicional, acreditando sempre no meu esforço e empenho. Em especial, à minha mãe pela minha ausência durante estes tempos conturbados, mas também pela paciência, motivação, afeto, carinho e dedicação com que me apoiou ao longo deste percurso e nos momentos mais difíceis de exaustão. Ao meu pai, pela compreensão, mas sobretudo pelo exemplo de vida que sempre me incutiu. Por fim, a todos os que colaboraram para que o estágio se tornasse uma realidade.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

% - Percentagem

APA – American Psychological Association

D.R – Diário da República

Dec. – Decreto

DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EE - Emoção Expressa

ENQ - Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

I.P – Instituição Pública

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. – página

PCIs– Prestadores de Cuidados Informais

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

séc. – século

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

WHO – World Health Organization

RESUMO

O Estágio do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da ESEL, para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, decorreu numa Instituição Particular de Solidariedade Social.

A intervenção foi a Psicoeducação e consistiu na aplicação de um Programa Psicoeducativo, adaptado de outros, dirigido a Prestadores de Cuidados Informais (PCIs) da pessoa com esquizofrenia, em grupo fechado, promovendo o conforto holístico, inspirando na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, na metodologia cognitivo-comportamental e no modelo de Chalifour (2008), com a periodicidade de sete sessões semanais. A problemática de partida incidiu em averiguar se o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica através da aplicação de um Programa Psicoeducativo poderá ajudar/apoiar os PCIs a lidar com a pessoa com perturbação de Esquizofrenia.

Tratou-se de uma amostra de conveniência composta por seis PCIs com idade $M=50,38$; de ambos os sexos. Através do Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais, de Santos & Xavier (2011), obteve-se as necessidades psicoeducacionais, para elaborar as temáticas das sessões do Programa. Utilizou-se os questionários de Avaliação das Sessões e Avaliação Global do Programa, para apurar a «resposta» à problemática de partida, através da análise qualitativa. Recorrendo ao ciclo reflexivo de Gibbs (1988) citado por (Santos, 2009), foi elaborada a parte descritiva e reflexiva das sessões.

O objetivo geral e os específicos foram atingidos, o grupo foi participativo e interessado, promoveu-se a escuta, a partilha de vivências e experiências, apresentaram-se problemas e descobriram-se alternativas. Apela-se à (re)aplicação deste ou de outros Programas, por forma a evidenciar a sua importância e utilidade na recuperação do doente mental/família e fundamentalmente contribuir para o avanço da Enfermagem, baseada na evidência. Considerando-se emergente a criação de grupos de ajuda mútua recorrendo a respostas sociais, como as IPSSs.

PALAVRAS-CHAVE: Prestador de Cuidados Informais; Psicoeducação; Esquizofrenia; Enfermagem; Saúde Mental e Psiquiátrica.

ABSTRACT

The ESEL's nursing master's degree internship in Mental Health and Psychiatry, for obtaining the Mental Health and Psychiatry Specialist Nurse Title, was held in a private institution of social solidarity (IPSS) in the Algarve.

The intervention consisted in the application of a Psychoeducational Program, made by the author, for informal caregivers of schizophrenic individuals, inspired by the cognitive behavioral methodology, lasting seven weekly sessions. The initial problem focused in assessing if the Mental Health and Psychiatry Nurse Specialist, through a psychoeducational program, could help/support relatives/caregivers coping with individuals with Schizophrenia. The sample was constituted by six informal caregivers with a mean age of approximately 50 ($M=50,38$); of both genders. Through the Psychoeducational Needs Assessment Questionnaire – Portuguese version (Santos & Xavier, 2011), psychoeducational needs were obtained to produce the program sessions. The Sessions' Assessment and the Program Assessment Questionnaires were also used to try to understand the problem, through a qualitative analysis. Gibbs's (1988) reflexive cycle was used to elaborate the internship report.

The general and specific objectives were attained, the group was participative and interested, active listening was promoted, common situations and life experiences were shared, problems were presented, alternatives were found. Thus, we urge to the (re)application of this program or similar ones, in order to point out its importance and usefulness in the rehabilitation of the mentally ill individual/family and to, fundamentally, contribute to the advance of the Nursing practice, based on evidence. I consider necessary the creation of psychoeducational support groups, employing social resources like a IPSS, in order to elicit the creation of mutual support groups.

KEY WORDS: Informal Care Provider; Psychoeducation; Schizophrenia; Nursing; Mental Health and Psychiatry.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO

PARTE I

1. OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO	12
---	-----------

PARTE II

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
---------------------------------	-----------

2.1. A Esquizofrenia	14
-----------------------------	-----------

2.2. Prestador de Cuidados Informais	16
--------------------------------------	----

2.3. Intervenções psicoeducativas em grupo, para familiares	17
---	----

PARTE III

3. METODOLOGIA	21
-----------------------	-----------

3.1 Implementação do programa	21
--------------------------------------	-----------

3.2. Os objetivos e atividades de preparação do programa	23
--	----

3.3. O Modelo de Enfermagem de referência	25
---	----

3.4. Atividades desenvolvidas ao longo do programa	28
--	----

PARTE IV

5. RESULTADOS OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DO PROGRAMA PSICOEDUCATIVO	31
---	-----------

5.1. Competências alcançadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	31
--	-----------

5.2. Os objetivos alcançados	34
------------------------------	----

6. CONCLUSÃO	43
---------------------	-----------

7. BIBLIOGRAFIA	49
------------------------	-----------

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I - Autorização dos autores para utilizar o Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais (ENQ), versão portuguesa de Santos e Xavier (2011), por Isabel Ana Afonso dos Santos.

ANEXO II - Guia para a intervenção com maiores em situação de incapacidade

ANEXO III - Lei nº 36/98 de 24 de Julho da Saúde Mental

APÊNDICE I – Consentimento Informado

APÊNDICE II - Instrumento dos dados sociodemográficos e Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais (ENQ), versão portuguesa de Santos e Xavier (2011)

APÊNDICE III - Questionário de Avaliação Individual da Sessão Psicoeducativa

APÊNDICE IV - Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo

APÊNDICE V – Reflexões de cada sessão

APÊNDICE VI – Dados obtidos em ambiente SPSS

APÊNDICE VII – Sessões do Programa Psicoeducativo e respetivos planos de cada sessão

APÊNDICE VIII – A história

APÊNDICE IX – Folheto Informativo dos temas abordados na sessão

APÊNDICE X - Folheto informativo com vários contatos de Instituições para pessoas com doença mental, existentes na comunidade

APÊNDICE XI - Minuta de um requerimento para requerer o Internamento Compulsivo

APÊNDICE XII – Folheto informativo para divulgação do Programa

APÊNDICE XIII- Certificado de Participação do Programa Psicoeducativo

APÊNDICE XIV – Respostas do Questionário de Avaliação Individual de cada sessão e do Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo

ÍNDICE DE TABELAS

Pag.

Tabela 1 -Necessidades psicoeducacionais selecionadas pelos inquiridos

28

INTRODUÇÃO

O presente relatório constitui-se num trabalho de análise das competências adquiridas, durante o estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), da Escola Superior de Saúde de Enfermagem de Lisboa (ESEL), para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Dec. Lei 104/98 de 21 de Abril, artigo 7º, nº 3, p. 1742), o Enfermeiro Especialista deve adquirir “competência científica técnica e humana para prestar, para além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados na sua área de especialidade”.

É de salientar que para este nível de operacionalização este relatório obedeceu a linhas orientadoras do plano de estudos do curso. Para identificar os problemas dos Prestadores de Cuidados Informais (PCIs) e as possíveis formas de os ajudar, fiz uma revisão da literatura, através de uma pesquisa de artigos nas bases de dados SciELO, EBSCO, CINAHL e MEDLINE with Full Text, assim como uma consulta bibliográfica em diversas monografias e periódicos. As palavras utilizadas nesta pesquisa foram selecionadas de acordo com a linguagem usada na literatura internacional, nomeadamente: nursing, family interventions, informal care provider; psychoeducation; schizophrenia; caregiver. Procurei através da análise dos resultados obtidos, identificar um construto teórico válido que me permitisse fundamentar e planear intervenções baseadas em evidência.

No final dos anos 90 (século XX) surgiram algumas preocupações, nomeadamente, a necessidade emergente de educação das famílias na área da saúde mental de forma a melhorar a qualidade de vida quer do doente quer dos prestadores de cuidados.

O governo português em resolução de Conselho de Ministros nº 49/2008 aprovou o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007/2016 que descreve a reorganização dos serviços de saúde mental e quais as matérias mais preocupantes da saúde mental dos cidadãos. A elaboração deste Plano contou com a participação de vários parceiros da saúde, inclusive a Ordem dos Enfermeiros (OE). O PNSM 2007/2016 realça a Picoeducação como uma área de interesse a desenvolver, quer seja na área da formação, quer na investigação, por parte dos profissionais de saúde (PNSM, 2008).

Neste sentido, visto que a Psicoeducação é uma área de intervenção da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e porque não tinha competências nesta área, desenvolvi o meu projeto tendo por base a aquisição destas competências como preconizado pela OE (2010).

As intervenções deste projeto foram inspiradas na abordagem cognitivo-comportamental, na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e no modelo existencial humanista de Chalifour (2008).

Desenvolvi um Programa Psicoeducativo, constituído por 7 sessões, com periodicidade semanal, baseado nos trabalhos desenvolvidos por outros, nomeadamente, Reis (2004), e do “Manual de Trabalho Versão 1.2 Cuidados Integrados e Recuperação (CIR)” da Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Após a leitura e análise destes trabalhos e seguindo estas linhas orientadoras, optei por elaborar um Programa próprio porque, era necessário adaptá-lo o mais possível às necessidades psicoeducacionais identificadas no meu grupo alvo, que consistiu em Prestadores de Cuidados Informais (PCIs) da pessoa com esquizofrenia, em grupo fechado.

O interesse por esta área prendeu-se com a minha experiência profissional diária, que passa pelo desenvolvimento comunitário participativo numa Equipa de Saúde Mental Comunitária, e que veio reforçar a minha convicção que os PCIs das pessoas com esquizofrenia necessitam de (in)formação específica e de desenvolver competências de comunicação de modo a aprenderem a reduzir a sobre-estimulação, evitar a crítica hostil e o envolvimento emocional excessivo. Deste modo, necessitam de desenvolver o índice adequado de expectativas e não fazerem exigências de comportamento às quais a pessoa com esquizofrenia não possa corresponder. Concomitantemente nunca descurando o impacto que a esquizofrenia tem no contexto social e os vários fenómenos físicos e mentais estreitamente interligados, que afetam não só a pessoa doente, como também as suas famílias.

Nesta perspectiva faz-me sentido desenvolver intervenções no âmbito da Psicoeducação, visto que esta, segundo Figueiredo, Souza, JrDell’Áglio e Argimon, (2009), consiste em transmitir aos PCIs em grupo, informações sobre a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico da doença, entre outras. Trata-se assim de uma abordagem orientada permitindo um enfoque no futuro, ideia corroborada por Pereira, Xavier, Neves, Corrêa e Fadden (2006), os quais referem que ao facilitar-lhes a informação necessária e ajudá-los a encontrar melhores estratégias de coping, influencia positivamente o curso da doença,

Em Portugal, existem, a partir de 1996, referências a trabalhos de investigação na área da Psicoeducação, no entanto, constata-se que existe uma lacuna na investigação e desenvolvimento desta temática (Pereira, Xavier, Neves, Corrêa & Fadden, 2006). Contudo, Mullen (2009), afirma que podem ser desenvolvidas várias intervenções pelo Enfermeiro, nomeadamente, a Psicoeducação dos PCIs da pessoa com perturbação de esquizofrenia.

Assim, no âmbito da promoção e proteção da saúde mental e no cuidar da perturbação de esquizofrenia, o Programa Psicoeducativo que defini partiu da seguinte permissa: o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica poderá, através da aplicação de um Programa Psicoeducativo ajudar/apoiar os Prestadores de Cuidados Informais a lidar com a pessoa com perturbação de Esquizofrenia.

Pretendi, com este programa, desenvolver competências especializadas que constam no Regulamento da Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente, congregar e promover a coesão e o encontro de pessoas que partilhem de experiências e vivências similares. Ou seja, o encontro de um suporte alternativo, necessário para apoiar a construção, o desenvolvimento e o equilíbrio da sua própria identidade, nas mais variadas situações, e ainda, promover competências de comunicação, fomentando alterações no comportamento que possibilitem uma vivência quotidiana mais adaptativa dos PCIs.

Neste sentido, tenho como objetivo, promover a participação ativa dos PCIs no processo do cuidar/tratar da pessoa com esquizofrenia, enaltecendo a importância destes na sua recuperação.

Assim, o presente relatório encontra-se estruturado em quatro partes, a primeira é relativa aos objetivos propostos no projeto de estágio e os objetivos centrados na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Na segunda parte, é feito o enquadramento teórico com sustentação científica relativa à temática abordada. A terceira parte contempla a metodologia utilizada para a elaboração e implementação do Programa Psicoeducativo. Na quarta e última parte, são apresentados os resultados obtidos (competências alcançadas, os objetivos alcançados e o contributo do programa para a Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica) e por último a conclusão.

PARTE I

1. OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO

Na unidade curricular Opção II do segundo semestre do primeiro ano do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tinha elaborado o Projeto de Estágio, que serviu para delinear o plano de ação, estratégico, composto pelos objetivos que me propus atingir, assim como, o que pretendia desenvolver no estágio.

A área de interesse incidia na prestação de cuidados à família em situações de grande complexidade, caminhando no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Tendo como finalidade, desenvolver competências especializadas na área de especialidade, para obter o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e o Grau de Mestre em Enfermagem.

Considerando a curiosidade e o interesse pessoal sobre Psicoeducação, especificamente com PCIs de pessoas com esquizofrenia, decidi aproveitar a oportunidade que a ESEL me deu, para elaborar e implementar um Programa Psicoeducativo, intitulado «Família Unida», aplicado numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) do Algarve, escolhida por trabalhar com pessoas identificadas com este tipo de psicopatologia. O programa aplicado foi elaborado com base noutros trabalhos, nomeadamente, de Reis (2004), e do «Manual de Trabalho Versão 1.2 Cuidados Integrados e Recuperação (CIR)», da (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

A escolha desta temática tem a ver com a minha experiência profissional, integrado numa equipa de saúde mental comunitária, que promove a proximidade com os PCIs da pessoa com esquizofrenia, estes, deparavam-se, diariamente com situações que os levavam a questionarem o seu modelo de ação, isto é, como agir, intervir e resolver situações no seu dia-a-dia com o seu familiar doente. Após a identificação, destas necessidades demonstradas pelos PCIs, foi meu objetivo pessoal, proporcionar-lhes um espaço no qual pudessem partilhar os seus problemas, desabafar, escutar as experiências e vivências de outros com situações similares, descobrirem alternativas e verem as suas dificuldades segundo diferentes pontos de vista.

Ao mesmo tempo puderem receber suporte sobre os recursos existentes e sobre como os vínculos da pessoa com perturbação de esquizofrenia-família poderão melhorar, ajudá-los a

conseguir o acesso a recursos apropriados, a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde e por último (re) aprenderem estratégias de coping de forma a tornar mais longos os períodos de estabilização da doença.

Para tal, defini como objetivo geral do projeto de estágio:

- promover a participação ativa dos PCIs da pessoa com esquizofrenia no processo do cuidar/tratar.

E como objetivos específicos:

- aplicar um Programa Psicoeducativo;
- elaborar um Programa Psicoeducativo para PCIs da pessoa com esquizofrenia;
- promover a comunicação mais clara e objetiva no contexto familiar;
- diminuir o stress e sobrecarga dos PCIs;
- aumentar os conhecimentos e reflexões de cada PCIs;
- melhorar as estratégias de coping.

Para a aplicação do Programa Psicoeducativo direcionado aos PCIs da pessoa com esquizofrenia, foram também, projetados, objetivos centrados nas competências especializadas e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que constam no Regulamento n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro (2011), nomeadamente:

- tomada de consciência de mim enquanto pessoa e profissional durante a relação terapêutica;
- realizar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental;
- implementar e desenvolver o projeto com vista à promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental;
- estabelecer diagnósticos de Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica;
- realização de intervenções psicoeducativas, com vista a assistir as famílias na otimização da sua saúde mental;
- educação para a saúde, e primordialmente congregar e promover a coesão e o encontro de pessoas que partilham de experiências e vivências similares, nomeadamente, para aqueles que reúnem a condição de PCIs de pessoas com perturbação de esquizofrenia.

PARTE II

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. A Esquizofrenia

Na opinião de Vedana e Miasso (2011, p. 31), a esquizofrenia, “afeta cerca de 1% da população mundial”. Há muito que é considerada uma perturbação crónica, que começa tipicamente na adolescência ou no início da idade adulta, caracterizando-se por distorções fundamentais do pensamento, da perceção e por emoções impróprias (World Health Report, 2001).

Foi na Grécia antiga que se iniciou o interesse pelo estudo da doença mental: filósofos como Sócrates e Platão destacaram a existência de uma forma de «loucura» tida como divina e, inclusivamente utilizavam a palavra «manikê» para designar tanto o «divinatório» como o «delirante» (Silveira & Braga, 2005). Surgiram os primeiros estudos publicados de Emil Kraepelin sobre esquizofrenia, datados de 1919, descrição que ainda hoje é aceite na comunidade científica (Silva, Gheno, Aguiar, Souza, Castro, & Alexandre, 2000).

Através do DSM-IV-TR é possível definir a perturbação da esquizofrenia da seguinte maneira:

os sintomas característicos da Esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem perceção, pensamento indutivo, linguagem e comunicação, comportamento, afeto, fluência e produção de pensamento e do discurso, capacidade hedónica, vontade e impulsos, e atenção (DSM-IV-TR, 2006, p.299).

Nenhum sintoma isolado é patognomónico de esquizofrenia, o diagnóstico envolve o reconhecimento de sinais e sintomas associados à incapacidade do funcionamento ocupacional ou social da pessoa. Os sintomas característicos são, os positivos e negativos, os positivos refletem um excesso ou distorção das funções normais, enquanto os negativos parecem refletir uma diminuição do conteúdo do pensamento (ideias delirantes), da perceção (alucinações), da linguagem e dos processos do pensamento (discurso desorganizado) e do autocontrolo do comportamento (comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico).

As ideias delirantes são falsas crenças que envolvem uma interpretação errada das perceções ou experiências (por exemplo, persecutório, de autorreferência, somático, religioso ou de grandeza), sendo as mais comuns, as ideias delirantes persecutórias.

Socialmente, a Esquizofrenia é distinguida das outras psicopatologias, como uma doença crónica, que provoca deterioração do funcionamento do doente e da relação deste com a família, causando diversos danos/perdas na estrutura familiar (Giacon & Galera, 2006). Os doentes que não tenham apoio/estímulo adequado por parte dos PCI, são mais inativos e passivos consequentemente, apresentam deficit nas habilidades básicas no contexto social (Vidal, Gontijo & Bandeira, 2008).

A OMS (2001) revela, preocupação com a problemática da doença mental no contexto social, recomendando que se avalie permanentemente os serviços e programas de saúde mental, num intuito integrativo, incluindo, para isso, a visão dos doentes e dos seus prestadores de cuidados informais e formais.

No que se refere aos efeitos sobre os prestadores de cuidados informais, importa avaliar, principalmente, a satisfação com os serviços prestados, a sobrecarga e a qualidade de vida. Relativamente aos doentes, a preocupação, tem a ver com o grau de autonomia, e principalmente, o comportamento social uma vez que existe a possibilidade de suicídio associado com tais problemas, o que indica uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais.

Na tentativa de se investigar estas questões, realizaram-se vários estudos acerca da comparação da evolução do comportamento social, os quais, mostram-nos que os “esquizofrênicos apresentam melhor evolução no afastamento social em relação a doentes com outros diagnósticos” (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2007, p. 298). Contudo, a identificação de deficiências no funcionamento social é característico da pessoa com esquizofrenia, incluindo dificuldades nos relacionamentos no trabalho, no autocuidado e na participação em atividades recreativas e comunitárias (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2007).

Ora, baseando-nos no supracitado, por um lado, posso inferir que a esquizofrenia interfere na interação entre doente e PCIs. Por outro, entendo que, doentes que têm apoio dos seus prestadores de cuidados informais apresentam mais possibilidades de realizar interações sociais e de aprender o que é prático.

Assim, as pessoas com esquizofrenia que não tenham apoio/estímulo adequado por parte dos PCIs, são mais inativos e passivos, consequentemente, não desenvolvem habilidades básicas para a vida social, ideia reforçada por Vidal, Gontijo e Bandeira (2008).

2.2. Prestador de Cuidados Informais

Cuidar de quem cuida é uma responsabilidade e deverá ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde, em especial dos Enfermeiros, devendo ser a sua intervenção centrada no equilíbrio da dinâmica cuidador/cuidado.

Na atual conjuntura, despoleta-se a exigência real e potencial de cuidados complexos por longos períodos de tempo, onde as redes informais ocupam um lugar privilegiado nos cuidados à pessoa com esquizofrenia, para o qual o contributo do PCIs é fundamental na manutenção da sua qualidade de vida.

O cuidado informal sobrevém da prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte de familiares, que são a maior parte dos PCIs, podendo abranger amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não renumerados pelos cuidados que prestam, assumindo assim o papel de cuidador informal (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010). Este último, torna-se o «profissional oculto» dos cuidados à pessoa com esquizofrenia dependente, experienciando situações que se repercutem na sua qualidade de vida.

Neste contexto, é importante reconhecer as necessidades psicoeducacionais do prestador de cuidados, como uma área emergente de intervenção para os Enfermeiros que, tendo nas famílias os seus «parceiros» de cuidados, devem levar a cabo intervenções precoces, individuais e terapêuticas que evitem situações de risco. Em virtude dos constrangimentos no atual sistema de saúde, as famílias precisam mais do que nunca de suporte e informação, pois, quanto mais insuficientes e inadequados forem os recursos, mais intensos serão os cuidados a longo prazo prestados em casa.

Desde 1998, que o Estado Português, através do Ministério da Saúde, procura promover a participação ativa dos profissionais, familiares e doentes na proteção dos serviços de saúde mental. Este direito é consagrado na Lei n.º 36/98 de 24 de Julho da Saúde Mental. A necessidade de assegurar a participação da comunidade e dos cidadãos no funcionamento e gestão efetiva dos referidos serviços, mais especificamente, das associações de familiares e doentes, é mais uma vez afirmada na alteração e republicação de 2009.

No contexto de uma política integrada e transversal para a reabilitação e integração social das pessoas com doenças mentais, é determinante o papel da sociedade civil, em cooperação com o Estado, contando com a participação das pessoas com doenças mentais e

das suas famílias (ou representantes) na definição e desenvolvimento das políticas que se devem constituir como uma prioridade.

Nesta óptica, a participação comunitária surge como parte integrante dos valores e princípios defendidos pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, que considera que as pessoas com perturbações mentais devem ser envolvidas e participar no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam.

2.3. Intervenções psicoeducativas em grupo, para familiares

Os PCIs de pessoas com perturbação de esquizofrenia devem ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados de saúde mental, e estimulados a participar neste tipo de intervenção psicoeducativa, por forma a receberem o treino e a educação necessários.

Nesta perspectiva, surgiu o desenvolvimento e evolução de vários modelos de intervenções psicoeducativas para familiares de pessoas com esquizofrenia, destaque para os estudos desenvolvidos por Leff e Vaughn (1985); Hogarty, Kornblith e Greenwald (1995); Gingerich e Bellack (1995) e McFarlane, Dixon, Lukens e Lucksted (2003).

Nos Estados Unidos da América, iniciou-se desde há muito a procura e divulgação da utilidade de sessões de intervenção psicoeducativa dirigida a PCIs de pessoas com esquizofrenia. Esta forma de intervenção com os familiares deve ser efetuada por um ou dois técnicos de saúde, podendo ser Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica. As sessões têm um carácter informativo e educativo sobre o que é a doença, o tratamento e como lidar com a pessoa com esquizofrenia, ou seja, têm como foco de atenção a componente pedagógica e o suporte emocional ou misto.

A definição de psicoeducação varia consoante os objetivos e pressupostos que os profissionais pretendem alcançar, sendo a abordagem dos aspetos psicológicos o que mais diferencia a prática clínica. Assim, existem diferentes métodos e técnicas, dependendo do tipo de intervenção e de fundamentação teórica adotada (Menezes & Souza, 2011).

Segundo Figueiredo, Souza, JrDell'Áglio e Argimon, (2009) a psicoeducação consiste em transmitir à pessoa informações sobre a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico da doença, entre outras. Para Gonçalves-Pereira e Sampaio (2011,

p.6) a “psicoeducação entende-se, especificamente, o trabalho com famílias para transmitir conhecimento sobre a doença mental (...) e melhorar as competências para lidar com ela”.

As intervenções psicoeducativas dirigidas por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, incorporaram estes princípios na sua abordagem global, até porque um vasto corpo de investigação tem demonstrado que, ao ir de encontro às necessidades das famílias contribui-se também, de forma evidente, para melhorar a situação do doente e o bem-estar da família num todo (Dixon & Lehman, 1995; McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted, 2003).

Yacubian & Neto (2001) defendem que a psicoeducação, traz benefícios quer para o doente quer para os PCIs, pois diminui recaídas e reinternamentos nos doentes, e reduz a sobrecarga, e permite acesso a informação científica pelos PCIs.

Santana (2011) defende a mesma ordem de ideias, afirmando que, é uma estratégia prática que permite aos familiares aumentarem conhecimentos sobre a doença, o que fazer em situações de crise, diminuir a sobrecarga e o stress familiar, promoverem a adesão terapêutica nos seus familiares doentes, assim como a troca de experiências com outros PCIs. Yacubian e Neto (2001) referem ainda, que as metas da psicoeducação pretendem abarcar as expectativas dos PCIs no sentido de implementar recursos na luta contra a doença e favorecer uma melhor interacção intra e extra familiar. Além disso, Pheula & Isolan (2007) apoiam, que a psicoeducação pode mudar comportamentos, tendo como consequência o êxito no tratamento.

Para além de fornecerem informação, estas sessões atuam diretamente nas necessidades psicoeducacionais dos familiares, estimulam a partilha de experiências e vivências entre estes, incluem sessões de resolução de problemas, bem como treino de competências sociais sob orientação do Enfermeiro. Estes programas destinam-se a grupos de famílias, com o doente incluído, ou apenas a familiares, sem a presença daquele, ambos permitem a aquisição de inúmeras competências, entre elas, como agir quando a pessoa com esquizofrenia recusa efetuar o tratamento.

Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling e Engel (2001), são de opinião que as intervenções psicoeducativas com os PCIs da pessoa com esquizofrenia diminuem o número de recaídas assim como as taxas de hospitalização, mais, estes autores observam que a taxa de reincidência pode ser reduzida em 20% e se as intervenções com os familiares de pessoas com esquizofrenia tiverem uma duração superior a três meses, o efeito será mais evidente. No

entanto, Fadden (1998) defende que a adesão por parte dos familiares a este tipo de intervenção é fraca e não parece alterar o curso clínico da perturbação da esquizofrenia.

São muitos os formatos de Programas Psicoeducativos, podendo haver ênfase em programas pedagógicos ou em programas de trabalho das emoções, normalização ou reformulação positiva de atitudes e modelagem dos níveis de Emoções Expressas (EE). Alguns estudos revelam que a EE dos familiares está associada ao risco de recaída da pessoa com esquizofrenia.

Num estudo desenvolvido por Kavanagh (1992) foram avaliados e quantificados três aspetos relacionados com as recaídas nas famílias: os comentários críticos, a hostilidade e a sobre implicação emocional. Nos familiares em que a EE era elevada, 50% das pessoas com esquizofrenia tiveram recaídas, por oposição, nos familiares que apresentavam EE baixa, apenas 23% das pessoas com esquizofrenia tiveram recaídas. Verificando-se, assim, que a EE dos familiares funciona como um fator de stress que pode contribuir para as recaídas da pessoa com esquizofrenia.

Um estudo desenvolvido por Bauml, Frobose, Kraemer, Rentrop, e Pitschel-Walz (2006) mostrou que num período de dois anos em que um Programa Psicoeducativo foi aplicado a familiares de pessoas com esquizofrenia revelou reduções significativas das taxas de reinternamentos de 58% para 41%, assim como, também, reduziu o encurtamento do período de dias de internamentos no hospital, passando de 78 para 39 dias. Pheula e Isolan (2007) apoiam que a Psicoeducação pode mudar comportamentos, tendo como consequência o êxito do tratamento.

Em Portugal, existem referências a partir de 1996, a trabalhos de investigação nesta área. As conclusões apontam para que as intervenções psicoeducativas para familiares, sobretudo as que utilizam metodologias de grupo, deverão ser proporcionadas a familiares ou outras pessoas do relacionamento da pessoa com esquizofrenia, pelos seus efeitos benéficos no processo de recuperação e melhoria do bem-estar das famílias e, mais uma vez o papel dos Enfermeiros é relevante para este tipo de intervenções.

Contudo, Brito (2005) defende que continua a ser necessário, em Portugal, fazer-se investigação sobre a aplicação de intervenções dirigida a grupos de famílias, com especial atenção para a identificação e análise dos fatores processuais e de implementação dessas intervenções.

Assim, atendendo aos estudos e às suas conclusões optei por direcionar a minha intervenção psicoeducativa aos PCIs da pessoa com perturbação de esquizofrenia, sem a presença do doente, porque, por um lado, posso usar os meus conhecimentos, competências e atitudes para estabelecer uma relação verdadeiramente terapêutica, segundo as necessidades e dificuldades psicoeducacionais que os PCIs apresentam.

Em síntese, a intervenção psicoeducacional tem um papel fundamental para os PCIs, pois, fornece apoio, suporte emocional e informação (Toseland & Rossiter, 1989). Assim como, é notória a evidência dos benefícios, da intervenção psicoeducacional, no envolvimento dos familiares no tratamento da pessoa com Esquizofrenia (Leff & Vaughn, 1985).

Justifica-se então, a necessidade, por parte dos Enfermeiros, desenvolverem Programas Psicoeducativos direcionados aos PCIs da pessoa com esquizofrenia.

PARTE III

3. METODOLOGIA

3.1 Implementação do programa

A escolha do local para a realização do estágio e aplicação do Programa foi uma Instituição Particular de Solidariedade Social bem como pessoa Coletiva de Utilidade Pública, localizada no Algarve.

A instituição tem por objetivos prioritários promover a integração social da pessoa com doença mental assim como da própria família; promover apoio psicoterapêutico individual e coletivo; promover a plena participação social das pessoas com doenças mentais; promover e defender a Saúde Mental na Comunidade e defender os direitos da pessoa com esquizofrenia mental e dos seus familiares.

A sua ação reflete-se, também, num Fórum Socio-Ocupacional (segundo o Despacho Conjunto nº 407/98 – D.R., II Série, nº 138, de 18 de Junho) e num Protocolo Atípico, assinado com o Instituto de Solidariedade e Segurança Social, I.P, com capacidade para 22 doentes. Na Instituição existem doentes com perturbação de esquizofrenia, o que tornou mais fácil a minha aproximação aos PCIs da pessoa com esquizofrenia, visto que, esta instituição já conta com alguns anos de experiência no terreno e possui bastantes contatos com familiares, e os seus objetivos vão de encontro aos por mim definidos neste Programa Psicoeducativo.

Para concretizar este meu projeto, e após ter selecionado o tema, contactei informalmente a Instituição acima referida, expliquei os objetivos do Programa, apresentei os instrumentos de trabalho e explicitiei a colaboração pretendida por parte da mesma. Referi também os procedimentos a seguir na aplicação dos instrumentos de forma a uniformizar os mesmos.

Posteriormente e para salvaguardar quaisquer questões éticas, entreguei o projeto de estágio onde constava a justificação do Programa e a relevância da recolha da assinatura dos participantes no documento intitulado Consentimento Informado (Apêndice I). Isto porque, para se trabalhar em ambiente terapêutico é condição essencial constituírem-se alianças, baseadas na confiança, segurança e empatia, tendo sempre presente a confidencialidade necessária para se constituir o mesmo. Por isso, a necessidade de informar os participantes dos riscos e benefícios de participarem no Programa Psicoeducativo, sobre a

confidencialidade, explicando que as observações e outros registos que permitam colher dados serão anónimos e serão somente utilizados no contexto do presente relatório. Manter-se-á sempre a confidencialidade no que respeita à preservação de informações privadas e íntimas (Mendes, 2009).

Referi, ainda, quais os critérios de exclusão e inclusão dos inquiridos, sendo os de exclusão, aqueles que não respondam à totalidade dos questionários; os que não são cuidadores de pessoas com o diagnóstico de perturbação de esquizofrenia; e aqueles cuja disponibilidade profissional e pessoal não lhes permita participarem no Programa no período de tempo estipulado para o estágio.

Por outro lado, os critérios de inclusão: ser PCIs da pessoa com esquizofrenia (membro efetivo do agregado familiar, amigo, vizinho, entre outros) e ter idade ≥ 18 anos.

Considerando a bibliografia consultada sobre Psicoeducação, optou-se preferencialmente que o grupo não excedesse os 12 e tivesse no mínimo oito PCIs (Lucchese & Barros, 2002). Ficou definido que, uma vez iniciado o Programa, o grupo seria fechado, isto é, o grupo que inicia o programa será o mesmo que o termina.

De imediato, a Direção da Instituição respondeu com parecer favorável à aplicação do Programa Psicoeducativo, nas suas instalações para os familiares dos doentes com perturbação da esquizofrenia que frequentam a mesma e/ou outros que possam não frequentar a mesma Instituição. De seguida, comuniquei a mesma intenção ao docente orientador que não levantou qualquer tipo de objeção e procedeu-se ao contato formal entre a ESEL e a instituição, assim como à orientadora no estágio, com o mesmo propósito, ao qual a Instituição, mais uma vez, deu parecer favorável. Sem mais demoras, passei à recolha da amostra.

Os familiares foram contactados via telefone e à posteriori o Questionário de Avaliação das Necessidades Psicoeducacionais (ENQ), versão portuguesa de Santos e Xavier (2011), foi enviado em envelope fechado, através do doente que depois o devolveu à Instituição, em envelope fechado. Consegui uma amostra de conveniência composta por oito PCIs de pessoas com esquizofrenia. Todos os dados referentes ao diagnóstico da pessoa com esquizofrenia foram confirmados pela Diretora Técnica da instituição após consulta dos respetivos processos, isto para evitar enviesamentos entre o diagnóstico médico e o referido pelos PCIs.

Não posso deixar de referir que atendendo ao facto de não ter sido possível contactar, todos os PCIs dos doentes que frequentam a instituição, porque, na sua maioria, a deslocação dos mesmos, do domicílio para a instituição é assegurada por esta, fui confrontado com a dificuldade de efetuar a entrevista de seleção para participação no Programa Psicoeducativo, pessoalmente, assim como entregar, a alguns, os questionários das necessidades psicoeducacionais.

Para ultrapassar esta dificuldade, os PCIs foram contactados telefonicamente e o instrumento de avaliação das necessidades psicoeducacionais foi enviado em envelope fechado, através do doente, que depois os devolveu em envelope também fechado. No entanto, foi com alguma dificuldade que consegui formar o grupo, nos contactos efetuados, foram muitos aqueles que disseram que não podiam vir, uns por se encontrarem a trabalhar, outros por não puderem deixar os seus familiares sozinhos, e outros que não chegaram a entregar o Questionário das Necessidades Psicoeducacionais.

3.2. Os objetivos e atividades de preparação do programa

Após esta fase fiz um reajustamento do projeto de estágio e estruturei os objetivos face ao campo de estágio e aos dados obtidos até esta parte do processo. Assim, defini como objetivo **geral**:

- promover a participação ativa dos PCIs da pessoa com esquizofrenia no processo do cuidar/tratar da pessoa com esquizofrenia.

E como, objetivos **específicos**:

- promover a comunicação mais clara e objetiva no contexto familiar; aliviar o stress, e sobrecarga dos familiares;
- aumentar o conhecimento e reflexões de cada familiar;
- ajudar a melhorar as estratégias de coping;
- aumentar os conhecimentos dos familiares relativos a todos os aspetos da doença, para melhor aceitação da mesma;
- ajudar reconhecer os sintomas apresentados pelas pessoas com esquizofrenia de modo a que as necessidades básicas sejam compreendidas e aceites pela família;
- ajudar a (re)aprenderem a lidar melhor com a situação;

- reforçar a importância da terapêutica no tratamento da doença e na prevenção das recaídas;
- desmistificar estigmas sobre a doença mental; diminuir a culpabilidade;
- permitir o convívio e a partilha de experiências e vivências;
- promover a aprendizagem com os elementos do grupo;
- fazer entender aos familiares que não estão sós no processo de cuidar da pessoa com esquizofrenia.

Estes objetivos serviram também, como base de sustentação para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista, por forma a obter o título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Após definidos os objetivos e para atingir os mesmos, planeei as atividades para organização e orientação das sessões do Programa Psicoeducativo.

Primeiro tive que identificar os problemas e as necessidades específicas dos participantes do grupo, para tal comecei por elaborar um instrumento que caracterizasse a amostra, intitulado «dados sociodemográficos» e que foi aplicado (Apêndice II). É composto por 10 questões de resposta fechada que foram trabalhadas em ambiente “IBM - Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20 para o Windows.

Em seguida fui saber quais as necessidades psicoeducacionais da amostra, e tive que aplicar um instrumento que avaliasse as mesmas. Confrontado com a escassez em Portugal de instrumentos específicos de avaliação de necessidades educacionais de pessoa com esquizofrenia e respectivos cuidadores, tinha duas alternativas: criar um novo instrumento ou utilizar um instrumento já existente, optei pela utilização do Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais (ENQ), versão portuguesa de Santos e Xavier (2011) por forma de diminuir o risco de criar um questionário pouco adequado ao principal objetivo estabelecido e além disso, este instrumento já está validado para a população portuguesa (Apêndice II). Contactei um dos autores da ENQ que autorizou a aplicação do instrumento (Anexo I). Este questionário é composto por 45 necessidades educacionais, e todas as necessidades educacionais foram avaliadas recorrendo à escala tipo Likert, mensurável de 1 (nada interessado) a 5 (muito interessado).

Elaborei também, inspirado em outros questionários que encontrei na bibliografia consultada, o Questionário de Avaliação Individual da Sessão Psicoeducativa (Apêndice III),

adaptado de Guerra e Lima (2005) para os PCIs avaliarem o que apreenderam em cada sessão, o instrumento é aplicado no final das mesmas e é composto por duas questões de resposta aberta: “Na sessão de hoje aconteceu algo ou ouviu algo que considerou especialmente importante?”; “De que forma o que aprendeu hoje pode ser útil na sua situação em particular?”. Após aplicação, foi feito o tratamento qualitativo às respostas dadas pelos PCIs.

Houve a necessidade de construir um instrumento para que os PCIs fizessem a avaliação global do Programa, por forma a verificar se consegui, com o Programa Psicoeducativo, atingir os objetivos inicialmente propostos. Deste modo apliquei o instrumento Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo, adaptado de Yin e Oliveira, (2004) (Apêndice IV), na última sessão do Programa, composto por sete questões de resposta aberta: “Após ter participado nas sessões psicoeducacionais, como avalia este Programa?”; “As sessões foram importantes para si? Em que sentido?”; “Houve alguma contribuição nas sessões para si como pessoa? Se sim, quais foram?”; “Na sua opinião, houve alguma mudança na interação familiar após a participação neste Programa Psicoeducativo?”; “Quais eram os seus pensamentos sobre a Esquizofrenia antes do trabalho Psicoeducativo? E hoje?”; “Quais eram os seus sentimentos sobre a doença do (a) seu familiar, antes do Programa Psicoeducativo? E hoje?”; e por fim, “Que aspetos, a seu ver, são importantes e não foram abordados nas sessões?”. A todas as questões foi feito tratamento qualitativo.

Por fim, recorrendo ao ciclo reflexivo de Gibbs (1988) citado por (Santos, 2009), foram elaboradas reflexões após cada sessão (Apêndice V), uma vez que este ciclo constitui uma ajuda na construção do meu processo reflexivo.

3.3. O Modelo de Enfermagem de referência

Sendo que estar em relação com os outros advém das experiências profissionais e da formação que cada um constrói ao longo do seu percurso, e que cada um vai intervir a partir das suas inspirações e orientações num modelo de ajuda com o qual se identifique, para o desenvolvimento deste Programa inspirei-me na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e no modelo de corrente de pensamento «Existencial Humanista», utilizado e desenvolvido, nomeadamente por Chalifour (2008). Este tem uma abordagem centrada na pessoa, estabelece diferenças e ligações que existem entre: a comunicação corrente, a relação de ajuda profissional, a entrevista e a intervenção psicoterapêutica.

O modelo consiste em três premissas básicas e fundamentais, uma relacionada com a pessoa ajudada, outra com o aspeto relacional e outra com o interveniente que favorece a relação. Para a prática da Enfermagem parece-me ser um processo interpessoal por meio do qual, o Enfermeiro pode obter crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional e através deste, o mesmo pode promover o empowerment dos PCIs, visto que estes são parte elementar do plano de cuidados da pessoa com perturbação de esquizofrenia.

No Modelo Existencial Humanista, temos como clientes o grupo de PCIs, que necessitam de ajuda e são considerados como um sistema aberto que possuem características ligadas à hereditariedade e ao seu desenvolvimento (biológico, cognitivo, social, afetivo e espiritual), têm experiências de vida diversificadas, sensações (cinco sentidos, sentido interno), percebem (está atento a sensações), pensam (atribui significados), sentem (vive emoções), têm motivação (tem necessidades, valores, gostos, intencionalidades) e por último, manifestam comportamentos (diz, faz) que favorecem a sua adaptação e a sua atualização contudo, podem desenvolver algumas situações de crises psicossociais ao longo do seu ciclo vital (Chalifour, 2008).

No modelo referido, o conceito de Saúde e Doença são apresentados como duas circunstâncias diferentes, caracterizam o bem-estar e o desconforto. Mas, além do conceito genuíno, o autor pretende que, quer na saúde quer na doença, desenvolvam em si, capacidades de ajuda que lhes proporcionem interação com o meio (envolvendo os outros), querendo dizer com isto que em ambas as condições (saúde/doença) é necessário reconhecer a visão holística para cada uma destas, ou seja, independentemente da condição em que se encontrem, na perspectiva de Chalifour (2008), a atenção dedicada a cada pessoa, para um ou vários aspetos da sua experiência, deve ser com o objetivo de o ajudar a reconhecer-se a si próprio e assim reativar os seus processos psicológicos internos, para atualizar o seu potencial.

Para Chalifour (2008) o interveniente (Enfermeiro) é considerado como o segundo componente do modelo de relação de ajuda profissional, que possui características idênticas às do cliente (PCIs) e as suas expectativas pessoais e profissionais terão repercussões sobre a forma e sobre a qualidade da sua relação com aquele. Scharfetter (2005, p. 56) defende que o enfermeiro “deve possibilitar aos outros a comunicação das suas dificuldades, bem como proporcionar-lhe um ambiente de crescente confiança e uma abertura progressiva”.

O interveniente deve possuir certos conhecimentos: de si, do seu papel, de conceitos teóricos necessários às suas intervenções e do funcionamento dos processos em curso numa

relação de ajuda. Assim como, deve saber comunicar, quer verbalmente (colocar questões, emitir feedback, refletir, fazer sínteses, revelar-se informar) quer não verbalmente (gestos, mímicas e voz), ou seja, a comunicação estabelecida com o outro é parte da estrutura do papel do Enfermeiro no processo de cuidar e está maioritariamente associada à qualidade da relação estabelecida.

Relativamente (terceiro componente do modelo), o contexto (Programa Psicoeducativo) e o ambiente da relação (espaço) onde se desenvolveram as intervenções, com o grupo, Chalifour (2008) refere que quer o contexto quer o ambiente em que é estabelecida a relação, ambos têm uma influência direta nos objetivos, na estrutura das trocas das experiências e vivências e no resultado destas, isto porque, se por um lado a influência é positiva, a relação é estabelecida com sucesso, por outro lado, se a influência for negativa pode colocar em risco a qualidade da relação entre o Enfermeiro e os PCIs.

Quer isto dizer que, qualquer que seja o ambiente ou contexto “deve-se procurar estabelecer uma relação terapêutica com o outro, fazendo-o sentir-se à vontade para se exprimir e partilhar as suas experiências e vivências” (Trzepacz & Baker, 2001, p. 17). Ideia que partilho como fundamental, por um lado para o sucesso e por outro para o que é esperado numa relação de ajuda profissional com um grupo de PCIs.

Os objetivos propostos com o Programa Psicoeducativo vão de encontro ao modelo adotado, visto que os mesmos centram-se numa relação de ajuda profissional, que para Chalifour (2008) deverão: favorecer a presença de um contacto físico e de um contacto afetivo; assegurar que os clientes se sintam compreendidos e entendidos; que o serviço oferecido seja personalizado e responda às expectativas dos clientes; estabelecer um clima de confiança, de calor e de respeito; favorecer a participação dos clientes, promovendo a aprendizagem e desenvolvimento dos mesmos, sendo o pretendido com o Programa Psicoeducativo.

Resumindo, estes conhecimentos avançados e as competências especializadas associadas, traduzem a complexidade dos problemas sobre os quais o Enfermeiro Especialista se debruça e o modelo apresentado dá o necessário suporte teórico às intervenções implementadas, de modo a conceber e implementar o Programa de intervenção de forma autónoma como documentado no presente relatório.

3.4. Atividades desenvolvidas ao longo do programa

Para desenvolver as atividades de acordo com os objetivos e metodologia definidos anteriormente, procurei perceber quais os principais temas a abordar no Programa Psicoeducativo, solicitei à população-alvo para responder ao ENQ, ajudando-me desta forma na preparação das sessões que compõem o Programa Psicoeducativo.

Após ter na minha posse os questionários respondidos, em ambiente SPSS tratei os dados (Apêndice VI), que resultaram nas necessidades psicoeducacionais consideradas pelos PCIs, dos dados obtidos selecionei os itens com $\underline{M} \geq 4$, que correspondem aos temas que utilizei para elaborar as sessões do Programa Psicoeducativo e que se podem ver na tabela seguinte.

Tabela 1-Necessidades psicoeducacionais selecionadas pelos inquiridos

ENQ'- Áreas com maior interesse em saber mais	Média	Moda
Sinais precoces de doença e de recaída	4,00	5
O stress e a doença	3,63	5
Melhorar a comunicação com os familiares	3,88	5
Tratamento durante o dia (unidade/hospital de dia)	4,00	5
Reabilitação vocacional	4,25	5
Alternativas residências	3,88	5
Lidar com a depressão e os pensamentos de suicídio	3,88	5
Ansiedade e ataques de pânico	2,88	5
Problemas de sono	3,50	5
Falta de interesse e motivação	3,50	5
Abordagens alternativas de tratamento	4,38	5
Internamento compulsivo	4,38	5
Obter o que necessita dos serviços de saúde mental	4,50	5
Organizações de apoio familiar e aconselhamento jurídico	3,88	5
Hospitalização psiquiátrica	4,00	5
Investigação recente sobre a doença mental	4,63	5
O que acontece quando os pais morrem	4,88	5
Lidar com o estigma da doença mental	4,63	5
Melhorar os relacionamentos sociais	4,00	5

N = 8; Missing values = 0

Após selecionados os temas, procedi à elaboração e planificação das sessões do Programa Psicoeducativo “Família Unida” (Apêndice VII). Optei na Primeira Sessão, que esta fosse uma sessão de apresentação, os temas a debater e/ou (re)aprender ao longo das sete

sessões realizadas uma vez por semana, tendo como denominação “Introdução ao Programa Psicoeducativo”.

Na primeira sessão utilizei, em suporte de papel, a história de um rapaz (Apêndice VIII) que conta o surgimento da perturbação de esquizofrenia, a apresentação consistiu na leitura, em voz alta, de excertos da história, pelos participantes, informando os presentes que estes excertos representam uma história comum experienciada por qualquer um dos participantes. Foi, ainda, realizada a projeção de um mini-filme, sobre a pessoa com esquizofrenia.

No final desta sessão entreguei, também, um folheto informativo com os principais temas abordados durante a sessão (Apêndice IX).

Para as sessões seguintes, agrupei os temas respeitando aquilo que considerei ser uma sequência lógica de raciocínio e deste modo, elaborei a segunda sessão, intitulada “A Esquizofrenia – questões práticas”, com os temas “Investigação recente sobre a doença mental”, “Lidar com o estigma da doença mental” e “O que acontece quando os pais morrem?”. Nesta sessão recorri a um livro, que entreguei aos participantes, «Guia para a intervenção com maiores em situação de incapacidade» (Anexo II), que achei pertinente, na pesquisa bibliográfica que fiz, sobre a questão, o que acontece após a morte dos progenitores, visto o livro dar algumas respostas em relação a este tema.

Para preparar a Terceira Sessão, intitulada “O tratamento na Esquizofrenia” baseei-me no tema “Abordagens Alternativas de Tratamento”.

Na preparação da Quarta Sessão, denominada “A Crise na pessoa com esquizofrenia” e seguindo a sequência lógica de raciocínio anterior foi utilizado o tema “Sinais precoces de doença e de recaída”; na preparação da Quinta sessão, intitulada “Reabilitação da pessoa com esquizofrenia” agrupei o tema “Tratamento durante o dia (unidade/hospital de dia)” com o tema “Reabilitação Vocacional” mais os temas “Melhorar os relacionamentos sociais” e “Obter o que necessita dos serviços de saúde mental”, nesta sessão tentei ainda, dar a conhecer algumas das instituições existentes na comunidade, distribuindo um folheto informativo com vários contatos de algumas dessas instituições (Apêndice X).

No que concerne à elaboração da Sexta Sessão com o nome “Lei da Saúde Mental - Internamento e Tratamento compulsivo” utilizei o tema “Internamento Compulsivo”. Outras dúvidas que os participantes disseram ter, relativas a esta temática, estavam relacionadas com a elaboração do requerimento a pedir a avaliação clínico-psiquiátrica de urgência e diziam ter

dificuldades em formalizar o pedido e a quem dirigi-lo. Neste sentido, elaborei uma minuta de um requerimento, com um texto base, direcionado ao Delegado de Saúde e outro para ser entregue diretamente às autoridades policiais (Apêndice XI) a requerer o internamento compulsivo de urgência nas situações previstas na lei da Saúde Mental (Lei nº 36/98 de 24 de Julho) (Anexo III). Após ter as sessões preparadas elaborei um folheto informativo para divulgação do Programa Psicoeducativo “Família Unida” (Apêndice XII).

Para a preparação da Sétima e última sessão, intitulada “Avaliação Global do Programa”, optei por propor aos PCIs que avaliassem globalmente o Programa que foi apresentado ao longo das sete semanas, preenchendo o Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo, isto para permitir aos PCIs que se pronunciassem sobre a experiência comum e a partir daí, possibilitar chegar a uma resposta à questão de partida, assim como aos objetivos por mim propostos.

Depois do preenchimento do mesmo, e sendo a última sessão, procedi à entrega de um certificado de participação (Apêndice XIII) a todos os PCIs, este certificado não estava previsto no projeto, mas achei pertinente a sua entrega, visto ser um documento que marca, de alguma forma, a presença dos participantes no grupo, assim como, simbolicamente, representa as vivências e partilhas que foram feitas durante as sete sessões.

PARTE IV

5. RESULTADOS OBTIDOS COM A APLICAÇÃO DO PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

5.1. Competências alcançadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Na generalidade, os cuidados de Enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde. Mas, quando cuidados por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, as pessoas que se encontram a viver processos de transição ou alteração no seu projeto de vida, o Enfermeiro Especialista foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, alteração ou doença mental (Regulamento n.º 129/2011).

A implementação deste Programa Psicoeducativo permitiu-me, desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente, competências de âmbito psicoterapêutico, fazer um juízo clínico singular nesta especificidade do cuidar e fazer uma avaliação abrangente das necessidades psicoeducacionais em saúde mental de grupo, o que fez deste estágio uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Durante este processo de cuidar, tentei desenvolver com o grupo de PCIs uma compreensão e intervenção terapêutica mais eficaz na promoção, proteção, prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial, através do desenvolvimento das intervenções psicoeducacionais.

Estas intervenções possibilitaram-me estabelecer relações de confiança e parceria com o grupo de PCIs, assim como aumentar-lhes o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrarem novas vias de resolução dos mesmos, visando contribuir para a adequação das respostas, face aos problemas específicos relacionados com a perturbação de esquizofrenia (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como propósito evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa com a perturbação, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Mobilizei, neste Programa, um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos, conseguindo fazer o julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos

num conjunto de competências clínicas especializadas na área da Psicoeducação. É no agir em situação que se desenvolvem as competências.

As atividades estabelecidas, não só permitiram ao grupo, durante o processo terapêutico, a partilha de experiências e vivências, que se traduziu na aquisição de novos conhecimentos quer na relação intrapessoal, quer nas relações interpessoais, como a mim desenvolver competências de âmbito Psicoeducativo.

A reflexão das competências adquiridas durante a elaboração do Programa Psicoeducativo e agora neste documento, traduzem uma análise de autodesenvolvimento e estabeleceram pontes entre a minha formação inicial, a experiência profissional e a formação avançada adquirida, algo que imprimimos em todas as nossas ações. Foram, assim, promovidos o autoconhecimento, a autorreflexão e análise, outra mais-valia deste meu processo formativo. Assim, fui capaz, através da reflexão, identificar emoções, sentimentos e valores durante a relação terapêutica estabelecida com o grupo, executando uma avaliação global que permitiu uma descrição clara da história de saúde mental do grupo.

A preparação teórico-científica que adquiri e a transferência desses conhecimentos para o contexto da prática de cuidados e o desenvolvimento de competências técnicas e conceptuais contribuíram para que nas intervenções aplicadas aos PCIs mobilizasse os recursos teóricos e técnicos adquiridos, necessários para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Estabeleci o diagnóstico de saúde mental do grupo, identifiquei problemas e necessidades sendo as mais evidentes, a falta de conhecimentos relacionados com a perturbação de esquizofrenia, nomeadamente, a doença em si, sinais e sintomas, sinais de recaída, mitos, efeitos secundários da medicação, como agir em situação de crise, e falta de espaços de partilha, escuta e apoio solidário.

Encontrei como dificuldades sociais, manifestadas pelos PCIs, questões relacionadas essencialmente com as alterações do comportamento da pessoa com perturbação de esquizofrenia, os baixos rendimentos económicos, a dificuldade em lidar com os sentimentos de pena, culpa e medo, assim como, a enorme dificuldade que tiveram, aquando do surgimento da doença no seio familiar, em aceitar a mesma.

Coordenei o grupo de PCIs de forma a conseguir um bom nível de participação, interesse e envolvimento utilizando uma comunicação assertiva, que de um modo geral, todos os participantes tiveram facilidade em cumprir as regras de funcionamento e as atividades

propostas. Verificamos assim, que ao se estabelecer uma boa comunicação esta permite-nos obter uma relação de proximidade e de qualidade, assim como, desenvolver competências comunicacionais que são indispensáveis para este tipo de intervenção.

De facto, os aspetos identificados por mim na aplicação deste Programa Psicoeducativo são verificados em outros estudos já efetuados, por exemplo num estudo sobre a convivência do doente mental no seu ambiente familiar, onde as autoras Catena e Galera (2002) entrevistaram 20 familiares por forma a obterem as perceções de como é cuidar do doente mental. Através da análise de conteúdo dos relatos identificaram cinco temas relacionados com o cuidar do doente mental: a responsabilização pelas atividades de vida diárias do doente; cuidar do doente é uma sobrecarga; desconhecimento sobre como cuidar; dificuldade em lidar com comportamentos diferentes e por último o cuidado não explicitado que foi explicado como resignação ou aceitação dos familiares em relação ao doente. O estudo revelou, também a necessidade de uma maior intervenção por parte dos Enfermeiros, educando os familiares sobre o cuidar de pessoas com doença mental e ajudá-los a compreender os seus sentimentos em relação ao seu familiar doente.

Neste âmbito, as sessões psicoeducativas realizadas em grupo sobre a esquizofrenia tinham como objetivo aumentar os conhecimentos sobre doença e melhorar as competências para lidarem, da melhor forma possível, com a pessoa com esquizofrenia. Isto porque a Psicoeducação segundo Bauml, Frobose, Kraemer, Rentrop, e Pitschel-Walz (2006) parece promover o empowerment das famílias, visto que permite quer ao doente quer aos seus familiares adquirem um maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionando quer o ganho de conhecimentos quer o desenvolvimento de competências, que lhes permitam a tomada de decisão e a participação efetiva no seu projeto de saúde. Este processo pode assim ser utilizado intencionalmente pelo Enfermeiro como uma ferramenta promotora de educação para a saúde.

As sessões efetuadas em grupo (seis familiares) ultrapassaram as minhas expectativas atendendo à sua participação e interação no grupo. Pelo feedback que obtive das famílias, posso concluir que estes momentos Psicoeducativos foram um contributo importante quer na aquisição/aprofundamento de conhecimentos, quer na partilha das suas dificuldades e necessidades, constituindo um momento de alívio da sobrecarga a que estão sujeitas no seu quotidiano. E a mim, permitiu-me tomar consciência, durante a relação terapêutica, das

emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que interferiram na relação terapêutica estabelecida com os participantes neste Programa Psicoeducativo.

Os participantes referiram que este tipo de intervenção já deveria ter sido iniciado há mais tempo e que deveria ser extensiva a outras famílias, e mostraram interesse em continuar a participar em sessões deste tipo.

Fiquei satisfeito ao ver a participação crescente de cada prestador de cuidados informais, bem como, com o sentimento coletivo de satisfação e proximidade. Um grupo de ajuda mútua não foi criado na sua verdadeira filosofia, devido à limitação temporal do estágio, no entanto, foi manifestada a vontade quer por mim, quer pelos familiares em criar um grupo de suporte.

Aquando das sessões psicoeducativas, as famílias demonstraram interesse em participar na criação do referido grupo, o qual permitirá o alívio da sobrecarga física e emocional e consequentemente melhorar a qualidade de vida e o bem-estar individual e familiar, inclusive ficou o convite para participarem num próximo grupo, como preletores e testemunhos para os próximos participantes.

5.2. Os objetivos alcançados

Primeiramente quero pronunciar-me relativamente ao grande objetivo proposto no Projeto de Estágio, que era elaborar um Programa Psicoeducativo para PCIs da pessoa com esquizofrenia e aplicar o mesmo, e referir que foi alcançado como já referido anteriormente neste relatório. Tenho a acrescentar que o Programa Psicoeducativo aqui descrito vai de encontro ao que é suposto neste tipo de intervenções com grupos de familiares. Uma vez que foi aplicado a PCIs de pessoas com perturbação de esquizofrenia sem a presença do doente, e que o formato respeita a informação sobre a doença, etiologia, terapêutica, serviços, lei da saúde mental e aborda o treino de comunicação (Pereira, Xavier, Neves, Corrêa, & Fadden, 2006).

No intuito de responder à problemática de partida: o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica poderá, através da aplicação de um Programa Psicoeducativo ajudar/apoiar os PCIs a lidar com a pessoa com perturbação de Esquizofrenia?, assim como, verificar os objetivos (geral e específicos) propostos inicialmente no projeto de estágio e deste Programa Psicoeducativo “Família Unida” aqui descrito, irei «responder», após a análise

qualitativa das respostas dadas pelos PCIs no Questionário de Avaliação de cada sessão e do Questionário de Avaliação Global do Programa Psicoeducativo (Apêndice XIV), com alguns excertos, das afirmações dos principais interessados recolhidos, que considerei serem os que respondem aos mesmos e demonstram que os mesmos foram alcançados.

Recordando o objetivo geral em que se pretendeu promover a participação ativa dos PCIs da pessoa com esquizofrenia no processo do cuidar/tratar, o mesmo foi alcançado porque os participantes evidenciaram que:

“É muito importante para nós familiares” participar em grupos do género, porque permite-nos adquirir **“mais conhecimentos sobre a doença”** assim como, é importante **“ouvir as opiniões de várias pessoas”** que partilham vivências similares.

Mencionaram ainda sentirem-se ajudados **“Ajuda-nos a crescer como cuidadoras”** (...) **“Como pessoa”** (...) e **“com estes ensinamentos fiquei muito mais informada”** (...) é **“importante perceber como lidar com o doente”** (...) e **“hoje vejo a doença do meu filho de outra maneira”**.

Estes relatos evidenciam que os PCIs intervieram ativamente nas sessões, sentiram-se acolhidos ao ver outros que partilham as mesmas inquietações e deste modo foram ajudados a procurar manter uma participação ativa no processo de cuidar dos seus familiares, ideia também corroborada por Pereira, Xavier, Neves, Corrêa, e Fadden (2006).

Assim como, nestes relatos, demonstram que as intervenções do Programa Psicoeducativo, centraram-se na população alvo e na participação ativa destes através da psicoeducação para a cidadania e empoderamento dos participantes no processo do cuidar/tratar com vista ao bem-estar e saúde mental quer para os PCIs quer para de quem cuidam.

Relativamente aos objetivos específicos, sendo o primeiro promover a comunicação mais clara e objetiva no contexto familiar este foi alcançado visto ter-se constatado que:

“é importante permitir o convívio e a partilha de experiências e promover a aprendizagem com os elementos do grupo” (...) **“Achei importante a maneira como expressamos as nossas opiniões com o doente, muitas vezes provocam momentos de ansiedade e possivelmente uma recaída”** (...) **“é importante a comunicação”**; (...) **“A aliança familiar é uma condição essencial para a recuperação e reabilitação do doente”** (...) **“é importante a maneira como ensinar o meu familiar a ser responsável pelos seus atos e a ser autónomo”** (...) **“nunca criticar, antes tratá-lo com carinho”**.

Verificou-se que os participantes partilharam as suas angústias, receios e medos, foram identificadas no aqui e agora as emoções, os sentimentos, os valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação entre o doente e os PCIs. Juntos procuraram alternativas para as soluções apresentadas. A partilha entre os PCIs, revela-se de grande importância, uma vez que é possível contribuir para que os PCIs expressem emoções e normalizem sentimentos.

Os estudos apontam para a importância da comunicação nas relações entre o doente e os familiares e que a qualidade da comunicação dessas relações poderá ser diferente consoante o tipo de perceção que os familiares têm sobre a doença (Reis, 2004). E, que, pelos relatos verificados posso inferir que contribuí para uma comunicação mais clara e objetiva que se irá refletir em contexto familiar. Para este objetivo mobilizei aptidões de comunicação e linguística.

Relativamente ao objetivo aliviar o stress e sobrecarga dos familiares, atingi o mesmo, visto que os participantes referiram na avaliação das sessões, estas terem contribuído para diminuir a sobrecarga:

“agora sei como falar e lidar com o meu filho” (...) “com os conhecimentos adquiridos podem **ajudar-nos a diminuir o stress**” (...) podemos **“ajudar os doentes a ocupar o tempo e de certa forma «esquecer» um pouco a doença” (...)** **“a nós não nos sobcarrega tanto”**.

Os relatos vão de encontro aos resultados evidenciados num estudo de Pereira, Xavier, Neves, Corrêa, e Fadden (2006) no qual referem que as Intervenções em Grupos de Familiares podem diminuir os níveis de sobrecarga. Neste sentido, verifica-se pelos relatos, que a implementação deste programa visou a redução de fatores de stress, a gestão de conflitos e comportamentos que possam aliviar o stress e sobrecarga dos PCIs.

O objetivo, potenciar o conhecimento e reflexões de cada familiar foi alcançado visto que os participantes evidenciaram que:

“O testemunho do meu sobrinho sobre a impressão/perceção que ele tem das «vozes» que a mãe “ouve” (...) “A **aliança familiar** é uma condição essencial a **diminuição do estigma**” (...) “Foi muito importante tudo aquilo que aprendi hoje, **vejo a doença do meu filho de outra maneira**” (...) **“Atualização de conhecimentos e debate de ideias faz-nos refletir** acerca de como cuidamos dos nossos filhos”.

Os relatos vão de encontro à ideia defendida por Yacubian e Neto (2001) que afirmam que a psicoeducação torna os PCIs aptos a controlarem o curso da doença e capacita-os para

prevenir os doentes de recaídas e até mesmo, quando esta surge adquirem conhecimentos para poderem alertar os profissionais de saúde das mesmas.

O objetivo, ajudar a encontrar estratégias de coping para melhor cuidar foi atingido visto que os participantes salientaram o seguinte:

“Sobre a **emotividade expressa dos familiares**, agora **sei** melhor **como falar e lidar com o meu filho**” (...) “Sim, quando o doente entra em crise devemos manter a calma e **perceber** como lidar com **o doente**”. (...) “**Perguntar como o podemos ajudar**” (...) “**é útil** saber como **recorrer aos serviços de saúde**”, (...) “**nunca criticar**, antes trata-lo com carinho e se preciso pedir ajuda” (...) “as **informações** fornecidas podem ser **bastante uteis**, **para** auxiliar os familiares no **processo de adaptação à doença e readaptação**” (...) “**aumenta os conhecimentos** relativos a todos os aspetos da doença, **para melhor aceitação da mesma**” (...) “**ter mais respeito pelos comportamentos dele**” (...) “**é útil** na medida em que **me ajuda a compreender melhor o comportamento** do meu filho” (...) “Vai servir para saber **lidar melhor com o meu filho**” (...) “**Ajuda-me como cuidadora**. Obrigada”.

Verifica-se que a psicoeducação ajuda os PCIs a encontrarem estratégias de coping para melhor cuidarem, tendo como finalidade ajudar a pessoa com esquizofrenia a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere.

O objetivo, reconhecer os sintomas apresentados pelas pessoas com esquizofrenia de modo a que as necessidades básicas sejam compreendidas e aceites pela família foi alcançado uma vez que os participantes referiram que:

“agora estou com mais **atenção aos sintomas da doença**” (...) “**é importante dar apoio ao doente e saber aceitar**” (...) “**é muito importante a família estar informada sobre os sintomas e os sinais de uma recaída**” (...) “Sim, **fiquei com mais conhecimentos** acerca dos sintomas da esquizofrenia e **como cuidar melhor** do meu filho, **é muito importante para nós familiares**” (...) “**estar atenta e saber agir**” (...) “vamos estar todos **mais atentos e empenhados** em compreender para que tudo corra bem” (...) “Como pessoa **compreendi** que devemos ser **mais tolerantes** com as pessoas que têm este tipo de doença” (...) “agora **sei** que **é importante** conter a **emotividade expressa**, e **perceber** como lidar com **o doente**”.

Através destes relatos podemos verificar que promovi e reforcei a integração familiar, as capacidades dos PCIs com estratégias de empoderamento, que permitem desenvolver-lhes conhecimentos e capacidades para detetarem precocemente mudanças no estado de saúde

mental do seu familiar doente, assim como, promovi fatores de proteção, para que as necessidades básicas da pessoa com esquizofrenia sejam compreendidas e aceites pelos PCIs. E assim aumentam e mantêm as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade e exclusão social. Os PCIs da pessoa com esquizofrenia devem ser considerados como um alicerce do tratamento e reabilitação da pessoa doente, mas para isso, é imprescindível receberem informações básicas sobre os sintomas, decurso e tratamento da doença, para com maior precisão poderem supervisionar a manifestação de recaídas e a eficácia da terapêutica.

Verifica-se assim, a eficácia da psicoeducação para familiares, uma vez, que tem mostrado alguma evidência de que ocorra maior redução nos níveis de recaída na pessoa com esquizofrenia cujos familiares participam em grupos deste género, quando comparados a pessoas que seguem apenas o tratamento farmacológico (McFarlane, Dixon, Lukens, & Lucksted, 2003).

O objetivo (re)aprenderem a lidar melhor com a situação foi atingido uma vez que os participantes referiram o seguinte:

“mais conhecimentos acerca de **lidar melhor** com o doente, que é muito importante para nós familiares” (...) **“Sim, foi bom saímos destas sessões com maior conhecimento”** (...) **“Muito educativo, muito emotivo, muito importante, Quero mais...”** (...) **“O que aprendi** pode ser-me **muito útil** um dia que o meu filho tenha uma recaída, aí **vou saber como agir** e **fiquei mais esclarecida**” (...) **“A lidar com a doença e ter mais conhecimentos a respeito dos comportamentos dele”** (...) **“saber interagir de forma correta”** (...) **“aprendi que com muito amor, paciência e união, a pessoa com esquizofrenia torna-se um ser especial na minha vida”**

Pelos relatos verifica-se que as intervenções psicoeducativas fornecem antecipadamente orientações aos PCIs, por forma a promover a saúde mental, o conhecimento, a compreensão e a gestão efetiva dos problemas relacionados com a esquizofrenia, visando respostas adaptativas que permitem os PCIs (re)aprenderem a lidar melhor com a situação de doença.

Nunes, Meira e Martins (2009), defendem que da mesma forma que os conhecimentos e a capacidade de os mobilizar na ação são fundamentais para o exercício autónomo e interdependente de cada indivíduo, também as competências relacionadas com a capacidade de liderança, a antecipação das situações, habilidades de reflexão e de tomada de decisão o são.

Relativamente ao objetivo reforçar a importância da terapêutica no tratamento da doença e na prevenção das recaídas foi alcançado uma vez que os participantes referiram:

“Sim, **tomar a medicação sempre** a horas certas” (...) “Sim, tudo **o que se falou sobre a medicação** para a esquizofrenia **foi muito importante** para mim” (...) “**tinha inúmeras dúvidas** e penso que **aprendi mais** um pouco” (...) “Foi **importante conhecer** qual a **reação** que o doente pode ter **quando deixa de tomar os medicamentos** e poder **reconhecer os sintomas** para poder rapidamente consultar o médico” (...) “**muito útil saber como agir** e fiquei mais esclarecida sobre a medicação que ele faz” (...) “**A informação respeitante à terapêutica é extremamente importante**”.

Verifico que os relatos vão de encontro os do estudo efetuado por McFarlane, Dixon, Lukens, e Lucksted (2003) quando fizeram a comparação entre dois estudos, em que num primeiro estudo as pessoas com esquizofrenia recebiam tratamento, envolvendo pouca ou nenhuma sessão psicoeducativa com familiares, incluindo o doente. E no segundo estudo, os mesmos autores testaram os componentes do primeiro, convidando os familiares a participar de ambos os grupos familiares, excluindo o doente.

Quando os dados de ambos os estudos foram comparados, verificaram que a taxa de recidivas em 2 anos foi de 75% para os doentes em que apenas receberam tratamento, e para os estudos em que os familiares participaram em sessões de psicoeducativas, apenas 40% tiveram recidivas. Entendo por isso, que o fato de se aplicar intervenções psicoeducativas aos familiares, o doente tem menos probabilidade de ter novamente uma recaída.

Fica assim comprovado que através desta intervenção consegui ensinar os PCIs, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas), educá-los e ajudá-los na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas, reforçando assim, a importância da terapêutica no tratamento da doença e na prevenção das recaídas.

No objetivo, desmistificar estigmas sobre a doença mental: sugeri aos presentes que comentassem as temáticas que se iam abordando e fundamentalmente, que tipos de opinião tinham acerca do papel que os familiares devem ter na vida do doente. Verificou-se nas expressões faciais de alguns dos presentes um sentimento de alguma tristeza, e nos instrumentos de avaliação registaram que “...o meu filho não seria ninguém, acredito que ninguém o ajudaria, ...**dizem que é maluco**” (...) “**muitas pessoas não compreendem esta doença**, chamam os nossos filhos de malucos”, “...isso **custa-nos bastante**” (...) “já **passei**

por situações constrangedoras”, nomeadamente “pessoas próximas de mim afastaram-se do meu ciclo de amigos por não aceitarem o meu filho doente” (...) **“isto é triste, não basta a doença dele, se não, a doença não ser aceite, pela maioria das pessoas”**.

Transpareceu no grupo o quanto o estigma da esquizofrenia é uma barreira para aqueles que se tentam reabilitar e é também um problema muito real para os familiares. Apesar das profundas mudanças pelas quais a família está passando, muitos PCIs ainda vivenciam sentimentos de culpa, revolta, tristeza, medo e frustração. Da mesma forma que a pessoa com esquizofrenia sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, a família também sofre duas vezes, com a doença do filho e com a discriminação da sociedade.

Relativamente ao objetivo, diminuir a culpabilidade foi alcançado uma vez que os participantes consideram que:

“é importante compreender como se desenvolve e como aparece a doença” (...) **“Ao fazer o relato acerca do meu filho, senti-me bem ao falar dele”** (...) **“A partilha de experiências, revela-se muito útil na contenção desses mesmos familiares, permitindo que integrem os acontecimentos de vida, de uma forma mais funcional e com um menor grau de sentimentos de culpa, frequentemente sentidos”** (...) **“Hoje penso que com acompanhamento dos familiares e medicação adequada para os doentes, as pessoas com esta doença podem fazer uma vida normal, como outra qualquer”** (...) **“A partilha de experiências engrandece-nos”**.

A culpa reflete o processo vivido por muitos familiares que passam a sentir-se responsabilizados pelo surgimento da doença no seu familiar doente, contudo, ficou descrito que as sessões contribuíram para diminuir sentimentos de culpabilidade, o que se pode verificar em estudos, que os familiares que recebem este tipo de educação tornam-se mais capacitados para melhor cuidarem e diminuí- lhes o sentimento de culpa por terem um familiar doente (Mueser, Bellack, Wade, Sayers & Rosenthal, 1992). Verificou-se que a intervenção permitiu aos PCIs libertarem tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

Em suma, fazer entender aos familiares que não estão sós no processo de cuidar da pessoa com esquizofrenia a resposta a este objetivo foi unânime e refletiu-se em relatos como, **“Achei bom e muito bem apresentado, gostei da maneira como os diversos temas foram apresentados e me ajudaram a lidar melhor com o meu filho”** (...) **“saem destas sessões com um maior conhecimento”** (...) **“Muito educativo, muito emotivo, muito importante, Quero mais...”** (...) **“Foi muito importante o que aprendi no Programa, ajudou-me**

bastante” (...) “Muito bom. Foi bastante informativo” (...) “Hoje penso que as pessoas com esta doença podem fazer uma vida normal, como outra qualquer” (...) “gera amor, partilha, proteção e muita, muita união entre os familiares. Bem hajam a todos os intervenientes neste grupo Psicoeducativo” (...) “Não sabia o que fazer e hoje aprendi a lidar com a doença”.

Fica também evidenciado, que através destes grupos psicoeducativos podemos contribuir para aliviar alguns sentimentos desagradáveis, fornecer informações científicas e fundamentalmente dar a conhecer que existem outras pessoas com a doença e outros PCIs que sofrem com a mesma doença e assim perceberem que não estão sozinhos no cuidar da pessoa com esquizofrenia (Yacubian & Neto, 2001).

Perante o exposto, verificou-se que o Enfermeiro através da Psicoeducação tem um papel fundamental na capacitação PCIs, nos cuidados que prestam à pessoa com perturbação de esquizofrenia, visto que, fornece apoio de suporte emocional e informação às famílias (Toseland & Rossiter, 1989). Consegui proporcionar conhecimentos de serviços/recursos aos PCIs envolvidos no cuidar da pessoa com perturbação de esquizofrenia.

As intervenções psicoeducativas aumentaram o conhecimento sobre a perturbação de esquizofrenia, entre os familiares, e que segundo Pfammatter, Junghan e Brenner, (2006) este aumento do conhecimento sobre a doença causa uma melhoria substancial na reinserção social da pessoa com esquizofrenia.

Proporcionei momentos de partilha de vivências e experiências, que são também uma forma de aprendizagem. Permitiu-me, como Enfermeiro, captar, detetar e sentir as necessidades reais e potenciais dos PCIs e produzir reconhecimento social por aquilo que desenvolvi junto e para os PCIs participantes neste grupo.

Além disso, a elaboração deste Programa Psicoeducativo, conduziu-me, no caminho da investigação e no desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, orientada pelos resultados das intervenções de Enfermagem, visando aumentar o conhecimento da Enfermagem e concomitantemente, o aumento das minhas competências como Enfermeiro dentro desta área de especialização.

Desenvolvi conhecimentos e competências especializadas nesta área de intervenção, que me ajudaram a ser crítico, capaz de definir e utilizar indicadores que me permitiram, avaliar as necessidades psicoeducacionais dos PCIs, ideia também corroborada por Benner

(2001) a qual defende que o enfermeiro deve ter a capacidade de ser crítico e saber utilizar e definir indicadores por forma a fazer uma avaliação sistemática da saúde das pessoas.

Para concluir, posso inferir que o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica pode, através da aplicação de um Programa Psicoeducativo, ajudar/apoiar os PCIs a lidar com a pessoa com perturbação de Esquizofrenia.

6. CONCLUSÃO

Muito bom, foi ter o privilégio de escutar a partilha de vivências e experiências de cada Prestador de Cuidados Informais, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional e verificar o encorajamento entre todos. Criou-se uma atmosfera segura, não julgadora das desigualdades, conseguiu-se partilhar os problemas e preocupações, assim como, as alegrias e vitórias. Foi enriquecedor ter a oportunidade de experimentar a intervenção psicoeducacional em grupo, usualmente feita de forma individual com o doente, com o familiar do doente ou ambos, porem com um grupo maior permite-nos sem dúvida, passar a mensagem a mais pessoas de uma só vez.

Foi benéfico oferecer aos familiares um espaço de partilha de situações comuns, possibilidade de apresentar problemas, desabafar, escutar as experiências dos outros que vivem situações similares, descobrir alternativas, ver as suas dificuldades, segundo diferentes pontos de vista e receber informação sobre alguns recursos existentes; foi bom receber o feedback seguinte: “...antes de o ouvir tinha apenas uma vaga ideia”, ou que “...já tinham pesquisado e encontrado informação parecida àquela que foi transmitida aqui”; foi bom ouvir que “...agora sim, certas situações fazem mais sentido”, houve clarificação de ideias; foi bom moderar o grupo apenas no necessário, foi bom utilizar uma escuta ativa, sempre que os PCIs verbalizavam as suas experiências, tentava fazer uma reflexão imediata de cada situação e finalizava, as ideias dos PCIs, clarificando com um exemplo abordado na sessão, assim como com alguns exemplos ocorridos na minha prática diária.

Esta «cumplicidade» gerada entre Enfermeiro/população-alvo veio permitir que as sessões que compõem este Programa Psicoeducativo alcançassem uma utilidade maior (e melhor) para todos os presentes; pois não iriam ser abordados temas que não lhes interessassem, mas sim os desejados e em alguns casos foi relatado que há muito tempo que ambicionavam ser esclarecidos neste ou naquele tema, mas o seu pedido nunca foi atendido ao longo destes anos e como tal iria, à partida, garantir uma maior adesão e qui çá interesse em partilhar com o grupo de pares as experiências já vividas e ainda por viver com a pessoa com esquizofrenia.

O que considerei menos positivo foi, o total da amostra não ter comparecido, apesar do compromisso assumido, no entanto, fiquei satisfeito que os restantes tivessem colaborado no programa; gostaria que o grupo tivesse sido maior o que me permitiria, alcançar um maior

número de PCIs, assim como, as partilhas de vivências e experiências seriam mais diversificadas; foi um contratempo a demora dos familiares-cuidadores em responderem o ENQ e o tempo de demora na devolução do mesmo e alguns dos ENQ recolhidos não terem sido preenchidos na íntegra o que levou à sua invalidação. O fato do grupo de PCIs final (N=6) ter sido considerado um grupo pequeno, segundo Lucchese e Barros (2002) não deveria exceder os 12 e devia ter no mínimo oito PCIs, os resultados obtidos com esta aplicação do Programa Psicoeducativo não permite a extrapolação dos mesmos.

Como dificuldades, insuficiências, limitações percebidas ao desenvolver este Programa, senti como primeira limitação encontrada, não ter sido possível contactar pessoalmente, todos os familiares dos doentes com perturbação de esquizofrenia, que frequentam a instituição, porque, na sua maioria, a deslocação dos doentes, domicílio-instituição e vice-versa é assegurada pela própria instituição, e desta forma não pude efetuar a entrevista de seleção para participação no Programa Psicoeducativo, assim como entregar o exemplar do Questionário de Avaliação de Necessidades Psicoeducacionais (ENQ) pessoalmente. O que considerei positivo nesta experiência foi ter a oportunidade de aplicar um Programa Psicoeducativo criado por mim, no local escolhido por mim e ter na orientadora o apoio incondicional; foi bom, também, não ter ocorrido qualquer entrave aquando da assinatura do consentimento informado por parte dos PCIs para integrarem este Programa Psicoeducativo; foi bom ter um grupo participativo e interessado.

A nível sinto que “sou outro” – cresci, aprendi, ouvi experiências únicas, intensas, “vi” sofrimento nas palavras dos PCIs, “vi” (des)confiança nos serviços de saúde mental; assisti a momentos de raiva, desprezo, ódio – porque não?! Pela forma como os seus familiares foram ao longo da evolução da doença da pessoa com esquizofrenia tratados... “vi” dor, arrependimento (por terem, pelo menos uma vez, sentido necessidade de recorrer ao internamento compulsivo do seu filho, irmão)... “vi” amor, preocupação, mas acima de tudo uma FAMÍLIA UNIDA – porque neste contexto foram uma «família», pois todos partilharam o que têm em comum: são PCIs da pessoa com esquizofrenia, só eles sabem o quão penoso isso é; já todos eles vivenciaram o mesmo, são «mestres» na sua própria arte de cuidar: para o bem e para o mal – mas ali estavam meritoriamente, todas as semanas, sedentos de aprendizagem sobre esta temática mas muito receosos do amanhã incerto sobre o que será do seu familiar quando cá já não estiverem.

A acrescentar, a esquizofrenia é uma perturbação em que a intervenção farmacológica é fundamental, mas não suficiente, as famílias têm um papel muito significativo e participativo para a recuperação da pessoa com esquizofrenia e recorrendo à Psicoeducação o Enfermeiro pode ir de encontro às necessidades dos PCIs dando o suporte que os ajude a desempenhar esse papel tão importante que têm na recuperação da pessoa com esquizofrenia.

Considero necessária a criação de grupos de suporte Psicoeducativo, recorrendo a respostas sociais, como a referida instituição, de forma a dinamizar a criação de grupos de ajuda mútua, que em minha opinião, constituir-se-ão como um instrumento fundamental de contributo para a inclusão das pessoas com esquizofrenia na sociedade e para os familiares uma forma de suporte, ideia também corroborada por Giacon e Galera (2006, p. 289) defendendo que uma adaptação mais positiva, do prestador de cuidados, “pode ser de grande valor para a recuperação e inclusão da pessoa com esquizofrenia e para a qualidade de vida de todo o grupo familiar”. Defendo, ainda, maior assiduidade das Equipas de Saúde Mental Comunitárias no terreno para uma maior proximidade com o doente e com os PCIs, e em particular que o Enfermeiro da equipa seja Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Relativamente aos objetivos de estágio foram alcançados, assim como, os objetivos do Programa Psicoeducativo “Família Unida”.

Consegui promover a participação ativa dos PCIs da pessoa com esquizofrenia no processo do cuidar/tratar. Os participantes entenderam a importância que a comunicação tem nas relações entre doente/familiar e que a qualidade desta é importante no desenvolver dessas relações, daí a necessidade de uma comunicação mais clara e objetiva no contexto familiar.

Fica também evidenciado que este tipo de intervenção pode contribuir para aliviar o stress e sobrecarga dos familiares, como confirmaram os PCIs que participaram no grupo. Ficou claro, ao longo do relatório, que potencieei o conhecimento e a reflexão de cada familiar, assim como os ajudei a encontrarem estratégias de coping para melhor cuidar dos seus familiares com a doença.

Era objetivo, que os PCIs fossem capazes de reconhecer os sintomas apresentados pelas pessoas com esquizofrenia de modo a que as necessidades básicas fossem compreendidas e aceites pela família, o que constatei pois conseguiram reconhecer esses mesmos sintomas e a importância que os mesmos têm na prevenção de recaídas e na compreensão dos comportamentos da pessoa com esquizofrenia face à sintomatologia da doença. O que desta forma contribuiu para (re)aprenderem a lidar melhor com cada situação e

com a pessoa doente. Foi também objetivo reforçar a importância da terapêutica no tratamento da doença e na prevenção das recaídas e verificou-se que o mesmo foi atingido, os participantes referiram que ficaram mais esclarecidos e entendem agora que a medicação é extremamente importante no processo de reabilitação do doente.

O estigma da esquizofrenia é uma barreira para aqueles que se tentam reabilitar e é também um problema muito real para os familiares. Apesar das profundas mudanças pelas quais a família está passando, muitos PCIs ainda vivenciam sentimentos de responsabilização, culpabilização, revolta, tristeza, medo e frustração. Da mesma forma, que a pessoa com esquizofrenia sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, a família também sofre duas vezes, com a doença do filho e com a discriminação da sociedade.

A culpa por ter um filho doente, reflete ainda, o processo vivido por muitos familiares, contudo, ficou descrito que as sessões contribuíram para diminuir sentimentos de culpabilidade, o que se pode verificar em estudos, que os familiares que recebem este tipo de educação se tornam mais capacitados para melhor cuidarem e diminuí-les o sentimento de culpa por terem um familiar doente (Mueser, Bellack, Wade, Sayers, & Rosenthal, 1992).

Resumindo, ficou evidenciado que através da participação dos PCIs em grupos psicoeducativos podemos contribuir para aliviar alguns sentimentos desagradáveis, fornecer informações científicas, dar a conhecer que existem outras pessoas com a doença e outros PCIs que sofrem com a mesma doença e fundamentalmente, perceberem que não estão sozinhos no cuidar da pessoa com esquizofrenia ideia corroborada pelos autores Yacubian e Neto (2001) e que o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica pode, através da aplicação de um Programa Psicoeducativo, ajudar/apoiar os PCIs a lidar melhor com a pessoa com perturbação de Esquizofrenia.

Identifico-me com este trabalho de criação de grupos de familiares da pessoa com esquizofrenia, que se assume como um veículo para a sistematização da minha intervenção e, ainda como instrumento fundamental para a (re)estruturação da saúde mental dos familiares e dos próprios indivíduos de quem eles cuidam. A perturbação de esquizofrenia tem grande impacto no estabelecimento de relações interpessoais e desta forma na criação/mobilização do grupo Psicoeducativo, num ciclo que reforça a saúde/doença mental.

Ainda assim, considero pertinente, num grupo futuro, inter-relacionar os familiares com os doentes, em dois momentos distintos, com a avaliação das necessidades psicoeducacionais de ambos.

Não posso deixar de apelar à replicação deste ou de outros Programas do gênero, por forma a evidenciar a sua importância e utilidade na recuperação do doente mental e toda a sua família e fundamentalmente contribuir para o avanço da Enfermagem, baseado na evidência.

Em termos de vivências, partilhas e as próprias expectativas para este Programa estas foram superadas, no entanto, tenho consciência que cada pessoa é uma pessoa, logo se tivesse que aplicar o Programa Psicoeducativo “Família Unida” de novo, com outro grupo de familiares, as coisas iriam de certeza decorrer de forma diferente, pois é sabido que as atitudes, as vivências, as histórias de cada um iriam ser as suas histórias e não as do grupo que agora terminou.

A flexibilidade e a criatividade com que me consegui adaptar a situações novas e a necessidades inesperadas que me foram colocadas, permitiu-me dar resposta às exigências que se colocam no quotidiano da ação do Enfermeiro Especialista.

Uma vez que a Psicoeducação se baseia no princípio de proporcionar maior suporte e informação sobre qualquer tipo de doença, a sua etiologia, manifestação clínica, curso da doença, prognóstico e tratamentos (Figueiredo, Souza, JrDell’Áglio & Argimon, 2009), consideramos, modestamente, que com a elaboração e aplicação deste Programa Psicoeducativo, e consequente Relatório de Estágio, possamos estar a «contribuir» para a investigação e desenvolvimento do papel da Enfermagem na área da saúde mental.

A nível profissional, penso ter alcançado os objetivos necessários para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, isto porque no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, onde consta o regulamento e o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental, lê-se que este, deve possuir “um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades atuando, especificamente, junto do doente, indivíduo, família ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da sua especialidade”, sendo o que se verificou, com a aplicação deste Programa Psicoeducativo, junto destes PCIs.

Ao longo deste estágio reuni competências especializadas necessárias que me permitem a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Sou agora e daqui em diante, capaz de proporcionar informação nas várias áreas, necessárias, aos cuidados a prestar ao doente mental; promover uma adaptação mais positiva, do PCIs, visando a recuperação e inclusão da pessoa com esquizofrenia e assim melhorar a

qualidade de vida de todo o grupo familiar. E também incutir em quem cuida, que o ato de cuidar seja mais do que um momento de atenção e zelo, uma vez que, este destaca-se pelo seu caráter afetivo, demonstrado pela característica relativa à sensibilidade e solidariedade do ser humano ao cuidar do outro (Amendoeira, 2009).

Como futuro Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, penso que serei capaz de participar na determinação da relação custos/benefícios dos cuidados a prestar, bem como contribuir, inserido numa equipa multidisciplinar, na definição de necessidades cuidados de saúde para a comunidade em geral, implementar planos terapêuticos e programas na minha área de especialidade, assim como, possuir competências acrescidas, que me permitem responder de uma forma dinâmica às necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexidade permanente dos conhecimentos, contextos e práticas (OE, 2007). Ou seja, este estágio e a implementação do Programa Psicoeducativo permitiu-me, agir a partir da compreensão profunda da situação, adquirir conhecimento a nível, teórico e prático, em que o primeiro residiu na aquisição do estabelecimento entre causa e efeito entre os conhecimentos teóricos e práticos, originando o «saber», e o segundo, foi adquirido pela experiência, levando-me ao registo do «saber-fazer», ideia corroborada por Benner (2001).

7. BIBLIOGRAFIA

- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem: Perspectivas de Desenvolvimento. Pensar Enfermagem. Lisboa. Vol. 13, nº 1, p. 1-12.
- American Psychological Association [APA] (2010). Publication Manual of the American Psychological Association (6th Ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, H., Goolishian, H., e Winderman, L. (1986). Problem Determined Systems: Toward Transformation in Family Therapy. Journal of Strategic Systemic & Therapies, 5(4), 1-13. Acedido em 14-06-2012 Disponível em: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1988-14509-001>.
- Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. Schizophrenia Bulletin. 32(S1), 1-9, DOI:10.1093/schbul/sbl017.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2001.
- Brito, M. (2005 Novembro). Intervenções para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia, [texto completo]. Programa de Doutoramento em Enfermagem, Revisão Quasi-Sistemática da Literatura. 2-65. Acedido em 08-01-2013. Disponível em: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/169671.PDF>
- Caldas de Almeida, J.M. e Xavier, M. (2010). Comunicação apresentada na FCM-UNL em Lisboa.
- Catena, R.M., Galera, S.A.F. (2002 Jan-Mar). Doente Mental e Família: Estes Desconhecidos. Acta Paulista de Enfermagem 15, 53-8. Acedido em 12-12-2012. Disponível em: <http://www.unifesp.br/acta/sum.php?volume=15&numero=1&item=res7.htm>
- Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Volume 1. Lisboa: Lusodidacta
- Cheniaux, E. (2005). Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum. Revista Brasileira de Psiquiatria. 27(2), 157-162. DOI:10.1590/S1516-44462005000200017.

- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2010). Cuidados Integrados e Recuperação (CIR): Manual de Trabalho Versão 1.2., Lisboa: Ministério da Saúde.
- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., e Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(2), 127-136. Acedido em 18-01-2013. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14.pdf>
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril de (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. *Diário da República I Série*, N.º 93. (21-04-1998), 1739-1757.
- Dixon, L.B., e Lehman, A. F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 21:631-43. Acedido em 14-06-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8749890>.
- Fadden, G. (1998). Research update: psychoeducational family interventions. *Journal of Family Therapy*, 20(1), 293–309. DOI: 10.1111/1467-6427.00088.
- Figueiredo, A. L., Souza, L., JrDell'Áglio, J. C., Argimon, I. I. L. (2009). O uso da Psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 9, 15-24. Acedido em 06-05-2012. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/412/306>
- Focchi, G. R. A., e Ferrari, M. C. L. (1998). Esquizofrenia de início na infância: relato de caso. *Revista NeuroPsiquiátrica da Infância e adolescência*. 6(1) 12:15. Acedido em 27-04-2012. Disponível em: http://www.Psiquiátricainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_06_1/in_15_05.pdf.
- Fortin, M.F. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. (3ª Ed). Loures: Lusociência.
- Giacon, B. C. C., e Galera, S. A. F., (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de Enfermagem. *Revista de Enfermagem, São Paulo*. 40(2):286-91. Acedido em 27-04-2012. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/251.pdf>.
- Gingerich, S. L., e Bellack, A.S. (1995). Research-based family intervention for the treatment of schizophrenia. *The Clinical Psychologist*, (48), 24-27. Acedido em 27-05-2012. Disponível em: http://www.apa.org/divisions/div12/rev_est/res_fam_schiz.html.

- Gonçalves-Pereira, M., e Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 3-10. Acedido em 03-03-2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000100002&lng=pt&nrm=iso>.
- Guerra, M. P. (1997). Orientações teóricas para a formação de grupos de suporte para seropositivos ao vírus HIV. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2(2), 371-380. Acedido em 05-12-2012. Disponível em: <http://catbib.cmbeja.pt/MULTIMEDIA/ASSOCIA/CDU/159PSICOLOGIA/ORIENTACOESTEORICAS.PDF>.
- Guerra, M., Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., Greenwald, D. (1995). Personal Therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(3), 379-393. Acedido em 27-05-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7481569>.
- Kavanagh, D. J. (1992 Maio). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal Psychiatry*, (160), 601-20. Acedido em 26-12-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1591571>
- Kavanagh, D. J. (1992 Maio). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal Psychiatry*, 160, 601-20. Acedido a 26-12-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1591571>.
- Leff, J., e Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Guilford Press. Nova Iorque. Acedido em 27 - 5 - 2012. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5848504>.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). *Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República*, 1.ª Série, N.º 180 (16-09-2009), 6528-6550.
- Lei n.º 36/98 de 24 de Julho (1998). *Lei de Saúde Mental*. *Diário da República I Série*, Nº 169 (24-07-1998), 3544-3550.

- Lucchese, R., Barros, S. (2002). Grupo operativo como estratégia pedagógica em um curso de graduação em Enfermagem: um continente para as vivências dos alunos quartanistas. *Ver. Esc. Enfermagem*. **36**(1), 66-74. **DOI:** 10.1590/S0080-62342002000100010
- Mateus, M. D., Santos, J. Q., e Mari, J. J. (2005). Popular conceptions of schizophrenia in Cape Verde, Africa. *Revista Brasileira de Psiquiátrica*. **27**(2), 101-107. **DOI:** 10.1590/S1516-44462005000200006.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., e Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223-245. Acedido em 07/07/2012 de ProQuest Social Science Journals. Disponível em: <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2011/07/Familypsychoeducation-and-schizophrenia-A-review-of-the-literature.pdf>.
- Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de Enfermagem. *Texto contexto - Enfermagem*. **18**. 165-169. **DOI:** 10.1590/S0104-07072009000100020
- Menezes, S. L., e Souza, M. C. B. M. (2011). Grupo de psicoeducação no transtorno afetivo bipolar: reflexão sobre o modo asilar e o modo psicossocial. *Revista da Escola Enfermagem USP*, 45(4), 996-1001. **DOI:** 10.1590/S0080-62342011000400029.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Wade, J. H., Sayers, S. L., Rosenthal, C. K. (1992). An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives. *British Journal of Psychiatry*, 160, 674–680. Acedido em 07-07-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1591577>
- Mueser, K., Torrey, W.C., Lynde, D., Singer, P., e Drake, R.E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness: Behavior Modification. Sage Publications. **27**(3), 387-411. **DOI:** 10.1177/0145445503253834
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, **18**(2), 83-90. **DOI:** 10.1111/j.1447-0349.2008.00578.x.
- Nunes, F. M. F., Meira, P. M. F. P., Martins, A. G. G. (2009). Manual de trauma. (5º ed.). Lisboa: Lusociência

- Ordem dos Enfermeiros (2007). Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e Proposta de Sistema. Acedido em 03-04-2012. Disponível em: <http://www.ordemEnfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Colégio da Especialidade em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Lisboa. Acedido em 21-06-2012. Disponível em: http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova conceção, nova esperança. Genebra. Acedido em 27-04-2012. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Pereira, M.G., Xavier, M., Neves, António., Corrêa, B.B., e Fadden, G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia: Dos Aspectos Teóricos À Situação Em Portugal, Artigo Revisão. Acta Medica Portugal. 19,1-8. Acedido em 28-05-2012. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/001-008.pdf>
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses. Schizophrenia Bulletin. **32**(1), S64–S80, DOI: 10.1093/schbul/sbl030
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lisboa: Lusodidacta
- Pheula, G. F., e Isolan, L. R. (2007). Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. Revista Psiquiátrica Clínica **34**(2), 74-83. DOI: 10.1590/S0101-60832007000200003
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., Engel, R.R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. Schizophr Bull. 27(1), 73-92. Acedido em 20-12-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11215551>.

- Portugal. Direção Geral da Saúde - Relatório Mundial da Saúde: saúde mental, nova conceção, nova esperança. 1.^a ed, Lisboa: DGS, OMS, 2001.
- Regulamento n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.^a série, N.º 35, (18-02-2011), 8669-8673.
- Reis, F. (2004). Intervenção psicoeducativa nas famílias de esquizofrénicos. Serviço de Psiquiátrica do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E. Psilogos. 1(1): 19-41. Acedido em 22-01-2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.10/602>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 (2008). Aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental, para o período de 2007 a 2016. Diário da República I série, N.º 47 (06-03-2008) 1395-1409.
- Royal College of Nursing (2010). Community nursing: transforming health care. Pillars of the community, RCN: London, 1. 1-11. Acedido em 10-04-2013. Disponível em: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/415918/004165.pdf
- Santana, A. F. O. (2011). Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares. psicologia.pt. Acedido em 5-06-2011. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0252.pdf>.
- Santos, Elvira M. M. (2009). A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico: Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem. Dissertação à obtenção do grau de Doutor. Aveiro. Apresentada à Universidade de Aveiro.
- Santos, I. A. P. A. (2011). Avaliação das necessidades educacionais dos cuidadores de pessoas com esquizofrenia: Contribuição para a validação de um questionário. Dissertação de Mestrado. Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas Universidade Nova de Lisboa.
- Santos, J., Saraiva, C., Sousa, L. (2005 Dezembro). Emoção Expressa: caracterização, estabilidade e importância no para-suicídio recorrente. Revista Referência. 2, 39-51. Acedido em 20-11-2012. Disponível em: http://felizmente.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=61&id_revista=4&id_edicao=12
- Scharfetter, C. (2005). Introdução à psicopatologia geral. 3^a ed. Lisboa: Climepsi.

- Sequeira, C. (2007). Cuidar de Idosos Dependentes. Coimbra: Quarteto.
- Silva, A. L.F., Gheno, Giovani Z., Aguiar, Paulo R. D. C., Lopes, R., Souza, M., Castro, Elizabeth C., Alexandre, C. O. P., (2000). Esquizofrenia; Fundação faculdade federal de ciências médicas de Porto Alegre. Porto alegre. Acedido em 26-05-2012. Disponível em: <http://genetica.ufcspa.edu.br/seminarios%20textos/Esquizofrenia.pdf>.
- Silveira, L. C., e Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. **13**(4), 591-595. DOI:10.1590/S0104-11692005000400019.
- Toseland, R. W., e Rossiter, C. M. (1989). Group interventions to support family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, **29**(4), 438-448. DOI: 10.1093/geront/29.4.438.
- Trzepacz, P. T., Baker, R. W. (2001). Exame psiquiátrico do estado mental. Lisboa: Climepsi.
- Vedana, K. G. G., e Miasso, A. I. (2011). A terapêutica medicamentosa pode alterar o prognóstico da esquizofrenia? A perspectiva de pacientes e familiares. *Saúde & Transformação Sociedade*. Florianópolis, 1(3), 31-36. Acedido em 26-05-2012. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/2653/265319573006.pdf>
- Vidal, C. E. L., Bandeira, M., e Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiátrica* **57**. 70-79. DOI: 10.1590/S0047-20852008000100013.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Bandeira, M. B. (2007). Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. *Revista de Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*. **29**(3), 294-304. DOI: 10.1590/S0101-81082007000300009.
- World Health Organization (WHO). (2001). Mental health: new understanding, new hope. Acedido em 10-05-2012. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf.
- Yacubian, J., & Neto, F. L. (2001). Psicoeducação Familiar. *Família Saúde e Desenvolvimento*. 3(2), 98-108. Acedido em 18-05-2012. Disponível em: http://www.faesul.org.br/arquivos/psicoeducacao_familiar.pdf.

Yin, M. L. Y., Oliveira, M. G. (2004). Relato de uma Experiência Psicoeducacional Com Familiares de Portadores de Transtornos do Humor. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6(1), 135-142. Acedido em 04-04-2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452004000100011&lng=pt.